

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität
München

Vorstand: Prof. Dr. H. Hippius

Psychopathologische Symptome und demographische
Merkmale von 455 im Jahre 1983 behandelten Patienten
mit Schizophrenie und paranoiden Syndromen

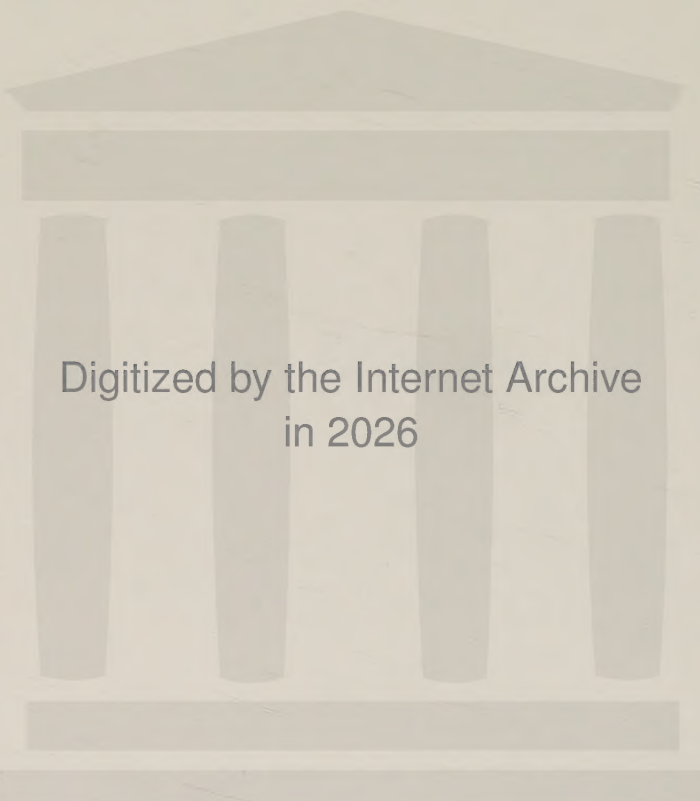
Probleme der Abgrenzung diagnostischer Gruppen in
der ICD - 9

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

Vorgelegt von
Margit Weinschenk - Wolf
aus Grafenau

München 1987





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554824_0009

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität
München

Vorstand: Prof. Dr. H. Hippus

Psychopathologische Symptome und demographische
Merkmale von 455 im Jahre 1983, behandelten Patienten
mit Schizophrenie und paranoiden Syndromen

Probleme der Abgrenzung diagnostischer Gruppen in
der ICD - 9

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

Vorgelegt von

Margit Weinschenk - Wolf
aus Grafenau

München 1987

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:	Prof. Dr. H. Hippius
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. D. Hölzel
Mitbetreuung durch den promovierten Mitarbeiter:	Dr. med. A. Strauß
Dekan:	Prof. Dr. W. Spann
Tag der mündlichen Prüfung:	30.07.87

Herrn Prof. Dr. med. H. Hippius danke ich für die wohlwollende Überlassung des Themas und die Übernahme des Referates.

Herrn Dr. med. A. Strauß danke ich für die stets engagierte und geduldige Betreuung bei der Durchführung der Arbeit

Herrn Detlef Lindmeir danke ich für die statistische Beratung und die Durchführung der rechnerunterstützten Datenauswertung

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	3
2.	Material, Methodik und Fragestellung	13
2.1.	Beschreibung der Daten	13
2.2.	Methodik	13
2.3.	Fragestellung	17
3.	Ergebnisse	19
3.1.	Diagnosegruppe I : Hebephrene Schizophrenie	19
3.1.1.	Geschlechtsverteilung	19
3.1.2.	Altersverteilung	19
3.1.3.	Aufenthaltsdauer	20
3.1.4.	PSB - Werte	20
3.1.5.	Symptomatik bei Patienten mit hebephrener Schizophrenie	21
3.1.5.1.	Psychischer Befund	21
3.1.5.2.	Somatischer Befund	24
3.1.5.3.	Zusammenfassung des psychischen und somatischen Befundes	25
3.1.6.	Syndrome bei Patienten mit hebephrener Schizophrenie	25
3.1.7.	Psychische Erkrankung und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten bei Patienten mit hebephrener Schizophrenie	27
3.1.8.	Erkrankungsdauer der Patienten mit hebephrener Schizophrenie	27
3.2.	Diagnosegruppe II : Katatone Schizophrenie	28
3.2.1.	Geschlechtsverteilung	28
3.2.2.	Altersverteilung	28
3.2.3.	Aufenthaltsdauer	29
3.2.4.	PSB - Werte	29
3.2.5.	Symptomatik bei Patienten mit katatonen Schizophrenie	31
3.2.5.1.	Psychischer Befund	31
3.2.5.2.	Somatischer Befund	33
3.2.5.3.	Zusammenfassung des psychischen und somatischen Befundes	34

3.2.6.	Syndrome bei Patienten mit katatonen Schizophrenie	34
3.2.7.	Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit katatonen Schizophrenie	36
3.2.8.	Erkrankungsdauer der Patienten mit katatonen Schizophrenie	36
3.3.	Diagnosegruppe III : Paranoide Schizophrenie	37
3.3.1.	Geschlechtsverteilung	37
3.3.2.	Altersverteilung	37
3.3.3.	Aufenthaltsdauer	38
3.3.4.	PSB - Werte	38
3.3.5.	Symptomatik bei Patienten mit paranoider Schizophrenie	39
3.3.5.1.	Psychischer Befund	39
3.3.5.2.	Somatischer Befund	42
3.3.5.3.	Zusammenfassung des psychischen und somatischen Befundes	42
3.3.6.	Syndrome bei Patienten mit paranoider Schizophrenie	43
3.3.7.	Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit paranoider Schizophrenie	44
3.3.8.	Erkrankungsdauer der Patienten mit paranoider Schizophrenie	44
3.4.	Diagnosegruppe IV : Schizophrene Episode	46
3.4.1.	Geschlechtsverteilung	46
3.4.2.	Altersverteilung	46
3.4.3.	Aufenthaltsdauer	47
3.4.4.	PSB - Werte	47
3.4.5.	Symptomatik bei Patienten mit schizophrener Episode	48
3.4.5.1.	Psychischer Befund	48
3.4.5.2.	Somatischer Befund	51
3.4.5.3.	Zusammenfassung des psychischen und somatischen Befundes	51

3.4.6.	Syndrome bei Patienten mit schizo- phrener Episode	51
3.4.7.	Psychische Erkrankung und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit schizophrener Episode	53
3.4.8.	Erkrankungsdauer der Patienten mit schizophrener Episode	53
3.5.	Diagnosegruppe V : Schizophrene Rest- und Defektzustände	54
3.5.1.	Geschlechtsverteilung	54
3.5.2.	Altersverteilung	54
3.5.3.	Aufenthaltsdauer	55
3.5.4.	PSB - Werte	55
3.5.5.	Symptomatik bei Patienten mit schizo- phrenen Rest- und Defektzuständen	56
3.5.5.1.	Psychischer Befund	56
3.5.5.2.	Somatischer Befund	58
3.5.5.3.	Zusammenfassung des psychischen und somatischen Befundes	59
3.5.6.	Syndrome bei Patienten mit schizo- phrenen Rest- und Defektzuständen	59
3.5.7.	Psychische Erkrankungen und Auffällig- keiten bei Blutsverwandten der Patienten mit schizophrenen Rest- und Defektzu- ständen	60
3.5.8.	Erkrankungsdauer der Patienten mit schizophrenen Rest- und Defektzuständen	61
3.6.	Diagnosegruppe VI : Schizoaffektive Psychose	62
3.6.1.	Geschlechtsverteilung	62
3.6.2.	Altersverteilung	62
3.6.3.	Aufenthaltsdauer	63
3.6.4.	PSB - Werte	63
3.6.5.	Symptome bei Patienten mit schizo- affektiver Psychose	64
3.6.5.1.	Psychischer Befund	64
3.6.5.2.	Somatischer Befund	67

3.6.5.3.	Zusammenfassung des psychischen und somatischen Befundes	67
3.6.6.	Syndrome bei Patienten mit schizoaffektiver Psychose	68
3.6.7.	Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit schizoaffektiver Psychose	69
3.6.8.	Erkrankungsdauer der Patienten mit schizoaffektiver Psychose	70
3.7.	Diagnosegruppe VII : Andere Schizophrenieformen	71
3.7.1.	Geschlechtsverteilung	71
3.7.2.	Altersverteilung	72
3.7.3.	Aufenthaltsdauer	72
3.7.4.	PSB - Werte	72
3.7.5.	Symptomatik bei Patienten mit anderen Schizophrenieformen	74
3.7.5.1.	Psychische Störungen	74
3.7.5.2.	Somatischer Befund	76
3.7.5.3.	Zusammenfassung des psychischen und somatischen Befundes	76
3.7.6.	Syndrome bei Patienten mit anderen Schizophrenieformen	77
3.7.7.	Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit anderen Schizophrenieformen	78
3.7.8.	Erkrankungsdauer bei Patienten mit anderen Schizophrenieformen	79
3.8.	Diagnosegruppe VIII : Schizophrene Psychosen	80
3.8.1.	Geschlechtsverteilung	80
3.8.2.	Altersverteilung	80
3.8.3.	Aufenthaltsdauer	81
3.8.4.	PSB - Werte	81
3.8.5.	Symptomatik bei Patienten mit schizophrenen Psychosen	82
3.8.5.1.	Psychischer Befund	82

3.8.5.2.	Somatischer Befund	85
3.8.5.3.	Zusammenfassung des psychischen und somatischen Befundes	85
3.8.6.	Syndrome bei Patienten mit schizophrenen Psychosen	85
3.8.7.	Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit schizophrenen Psychosen	87
3.8.8.	Erkrankungsdauer bei Patienten mit schizophrenen Psychosen	87
3.9.	Diagnosegruppe IX : Einfache paranoide Psychose und Paranoia	88
3.9.1.	Geschlechtsverteilung	88
3.9.2.	Altersverteilung	88
3.9.3.	Aufenthaltsdauer	89
3.9.4.	PSB - Werte	89
3.9.5.	Symptomatik bei Patienten mit einfacher paranoider Psychose und Paranoia	91
3.9.5.1.	Psychischer Befund	91
3.9.5.2.	Somatischer Befund	93
3.9.5.3.	Zusammenfassung des psychischen und somatischen Befundes	93
3.9.6.	Syndrome bei Patienten mit einfacher paranoider Psychose und Paranoia	94
3.9.7.	Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit einfacher paranoider Psychose und Paranoia	95
3.9.8.	Erkrankungsdauer bei Patienten mit einfacher paranoider Psychose und Paranoia	96
3.10.	Diagnosegruppe X : Paraphrenie	97
3.10.1.	Geschlechtsverteilung	97
3.10.2.	Altersverteilung	97
3.10.3.	Aufenthaltsdauer	97
3.10.4.	PSB - Werte	98
3.10.5.	Symptomatik bei Patienten mit Paraphrenie	99



3.10.5.1.	Psychischer Befund	99
3.10.5.2.	Somatischer Befund	101
3.10.5.3.	Zusammenfassung des psychischen und somatischen Befundes	101
3.10.6.	Syndrome bei Patienten mit Paraphrenie	102
3.10.7.	Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit Paraphrenie	103
3.10.8.	Erkrankungsdauer der Patienten mit Paraphrenie	103
3.11.	Diagnosegruppe XI : Andere paranoide Syndrome	104
3.11.1.	Geschlechtsverteilung	104
3.11.2.	Altersverteilung	104
3.11.3.	Aufenthaltsdauer	104
3.11.4.	PSB - Werte	105
3.11.5.	Symptomatik bei Patienten mit anderen paranoiden Syndromen	105
3.11.5.1.	Psychischer Befund	105
3.11.5.2.	Somatischer Befund	106
3.11.5.3.	Zusammenfassung des psychischen und somatischen Befundes	107
3.11.6.	Syndrome bei Patienten mit anderen Schizophrenieformen	107
3.11.7.	Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit anderen Schizophrenie	108
3.11.8.	Erkrankungsdauer bei Patienten mit anderen paranoiden Syndromen	109
3.12.	Diagnosegruppe XII : Paranoide Syndrome	110
3.12.1.	Geschlechtsverteilung	110
3.12.2.	Altersverteilung	110
3.12.3.	Aufenthaltsdauer	111
3.12.4.	PSB - Werte	111
3.12.5.	Symptomatik bei Patienten mit paranoiden Syndromen	112

3.12.5.1.	Psychischer Befund	112
3.12.5.2.	Somatischer Befund	114
3.12.5.3.	Zusammenfassung des psychischen und somatischen Befundes	115
3.12.6.	Syndrome bei Patienten mit paranoiden Syndromen	115
3.12.7.	Psychische Erkrankungen bei Blutsverwandten der Patienten mit paranoiden Syndromen	116
3.12.8.	Erkrankungsdauer der Patienten mit paranoiden Syndromen	117
3.13.	Diagnosegruppe XIII : Andere nicht organische Psychosen	118
3.13.1.	Geschlechtsverteilung	118
3.13.2.	Altersverteilung	118
3.13.3.	Aufenthaltsdauer	119
3.13.4.	PSB - Werte	119
3.13.5.	Symptomatik bei Patienten mit anderen nicht organischen Psychosen	120
3.13.5.1.	Psychischer Befund	121
3.13.5.2.	Somatischer Befund	122
3.13.5.3.	Zusammenfassung des psychischen und somatischen Befundes	122
3.13.6.	Syndrome bei Patienten mit anderen nicht organischen Psychosen	122
3.13.7.	Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten bei Patienten mit anderen nicht organischen Psychosen	124
3.13.8.	Erkrankungsdauer bei Patienten mit anderen nicht organischen Psychosen	124
4.	Erstellung von diagnosespezifischen Symptomprofilen	125
4.1.	Notwendigkeit der diagnosespezifischen Symptomprofile	125
4.2.	Tabellarisches Symptomprofil	126
4.3.	Zusammenfassung der diagnosespezifischen Symptomprofile	138
4.4.	Überprüfung der Symptomprofile	139

5.	Diskussion	152
5.1.	Einführung	152
5.2.	Vergleich der schizophrenen Psychosen und paranoiden Syndrome der Jahre 1982 und 1983 bezüglich der Stabilität der demographischen Daten und der Sympto- matik	154
5.3.	Vergleichende Untersuchung über das Auf- treten von psychischen und somatischen Leitsymptomen bei schizophrenen Psychosen und paranoiden Syndromen	161
5.4.	Bewertung der erstellten Symptomrang- listen zur Abtrennung der einzelnen Diagnosegruppen, unter Einbeziehung des Standpunktes von R.E. Kendell	173
6.	Zusammenfassung	184
7.	Kurzzusammenfassung	197
8.	Literaturverzeichnis	199
9.	Tabellarischer Anhang	

1. Einleitung

Einführende Bemerkungen über die Verfahren der Klassifikation in der Psychiatrie

Die Beziehungen der einzelnen Mitglieder einer heterologen Population untereinander darzustellen, kann prinzipiell nach zwei Gesichtspunkten geschehen, dem kategorischen und dem dimensionalen:

1. Gruppierung in Subpopulationen, die hinsichtlich eines kennzeichnenden Merkmals relativ homogen sind
2. Zuweisung von Positionen auf einer oder mehreren Achsen oder Dimensionen

Als Klassifikation wird die Einordnung eines Individuums in die entsprechende Kategorie verstanden. Eine kategoriale Klassifikation oder Typologie darf nur verwendet werden, wenn diskrete Subpopulationen vorhanden sind. Die Kategorien müssen sich gegenseitig ausschließen und sollen den gesamten Bereich erschöpfen. Die Besetzung einer Position auf einer Achse dagegen setzt Messungen voraus. Das Ergebnis der Messung sind quantitative Werte von Items, hier wird in der Regel Additivität vorausgesetzt. Unter einer Klassifikation versteht man entweder die Einordnung der Individuen in Kategorien oder eine Ortsbestimmung auf einer oder mehreren Dimensionen. Kategoriale Klassifikationen sind viel verbreiteter als dimensionale Systeme. Die Kategorisierung kann durch die Darstellung auf einer oder mehreren Dimensionen verdrängt werden, wenn ein entsprechendes Meßinstrument vorhanden ist und somit die Merkmale der Individuen auf einer Skala dargestellt werden können.

Die traditionelle Methode der Klassifikation in der Medizin ist die Einteilung in Krankheiten. Hier steht eine hierarchische d.h. eine kategoriale Klassifikation ganz im Vordergrund. Diese Form der Klassifikation ist in enger Anlehnung an die biologischen Wissenschaften des 18./19. Jahrhunderts entwickelt worden.

Wenn es auch in der Gegenwart und Vergangenheit verschiedene Meinungen über die Ansätze und Inhalt der Klassifikationen gibt, so besteht doch eine weitgehende Einigkeit über die Notwendigkeit einer Klassifikation im Bereich der seelischen Krankheiten.

Zwar wurde gelegentlich auch diese Annahme in Frage gestellt. Meist wurde das jedoch mit der Forderung nach einem dimensional System verbunden.

1953 entwickelte Wittenborn (38) als erster ein ausführliches Meßinstrument zur Erhebung der psychopathologischen Symptomatik mit dem Ziel, die überlieferten, deskriptiven Diagnosen zu verlassen. Mit Hilfe der Faktorenanalyse gewann er aus den 55 - Vierpunkte - Items neun symptomatologische Dimensionen. Im Rahmen dieser neun Dimensionen wurde die Symptomatik der Patienten beschrieben.

Mit einem eigenen Meßinstrument verfolgte Klett und Lorr (27) eine ähnliche Zielsetzung.

Wir benützen in dieser Arbeit das AMDP - System, das bei psychopharmakologischen und psychopathologischen Untersuchungen häufig verwendet wurde und über das auch eine ausführliche Literatur vorhanden ist. (2)

Dimensionale und kategoriale Diagnostik

Eysenck (6,7,8,9,10) stellt wohl den Hauptvertreter der dimensional Darstellung der psychiatrischen Störungen dar. Nach Eysenck kann die niedrige Reliabilität der psychiatrischen Diagnosen nur verbessert werden, wenn die Grundlagen der gegenwärtigen Methoden geändert werden. Er schlägt vor, alle Vorstellungen von Krankheitskategorien aufzuheben und eine dimensionale Darstellung einzuführen, auf der Grundlage von drei Dimensionen: Neurotizismus, Psychotizismus und Introversion / Extraversion.

Eysencks Schlußfolgerungen:

1. Psychiatrische Diagnosen sind unzulässig, da Grenzen gesetzt werden, wo es keine gibt.
2. Faktorenanalytische Untersuchungen konnten keinen Be-

weis für eine Clusterbildung erbringen, die dem überlieferten Krankheitsmodell zugrundeliegt. Die Verteilung der Faktorenwerte ist kontinuierlich und es werden meist Werte auf allen Faktoren erzielt.

3. Der medizinische Krankheitsbegriff unterstellt, daß Krankheiten qualitativ unterschiedliche Zustände mit eigenen Ursachen sind.
4. Mit Hilfe der Kriterien - Analyse kann festgestellt werden, ob sich psychische Störungen insgesamt oder nach Psychose und Neurose getrennt, qualitativ von der Normalität unterscheiden oder ob sie in unterschiedlicher Ausprägung durch den gesamten Normalbereich zu finden sind.
5. Die Ergebnisse der Kriterien - Analyse deuten darauf hin, daß Psychosen und Neurosen graduelle Eigenschaften sind, die sich in unterschiedlicher Ausprägung in der Gesamtpopulation finden, sich voneinander jedoch unterscheiden.
6. Ein dimensionales System der Darstellung von Psychotizismus, des Neurotizismus und der Introversion / Extraversion ist zu fordern.

Zum Standpunkt von Eysenck sind jedoch auch einige kritische Bemerkungen zu machen.

Die niedrige Reliabilität der psychiatrischen Diagnosen kann sicher auch ohne Änderung der Methodik verbessert werden, da ihre Gründe nicht in einer unterschiedlichen Methodik sondern Anwendung derselben liegen. Dennoch läßt sich einsehen, daß im Fehlen echter Grenzen oder Seltenheitspunkte zwischen einem Syndrom und den anderen eine wichtige Ursache der niedrigen Reliabilität liegt.

Die Aussage, daß faktorenanalytische Untersuchungen keinerlei Clusterbildung darstellen konnten, schließt nicht aus, daß es Cluster gibt. Faktorenwerte zeigen immer Normalverteilung oder tendieren dazu, da die mathematische Grundlage der Faktorenanalyse von einer multivarianten Normalverteilung der Variablen ausgeht, und deshalb zeigen die aus ihr gewonnenen Faktoren und Summen ebenfalls Normalverteilung. Deshalb tendieren die Faktorenwerte zur Normal-

verteilung, auch wenn die Variablen nicht normal verteilt sind. Aufgrund dieser Überlegung läßt sich auch die Tatsache erklären, daß einzelne Patienten oft hohe Werte auf mehreren verschiedenen Faktoren erzielen und andere gar keine hohen Werte haben. Dies ist eine zwangsläufige Folge davon, daß die aufeinanderfolgenden Faktoren orthogonal und jeweils normal verteilt sind. Mit Hilfe der Faktorenanalyse können nur Dimensionen aufgezeigt werden, aber nicht erzeugt werden.

Krankheiten als unterscheidbare Einheiten mit jeweils eigener Ursache, ist eine Sichtweise, die auch von den meisten Verfechtern des Kategoriemodells heute abgelehnt wird. Heute hat sich ein statistischer Krankheitsbegriff mehr und mehr durchgesetzt, bei dem das endgültige klinische Bild einer jeden Krankheit das Ergebnis einer komplexen Interaktion zwischen probabilistischen Ereignissen ist, die sich auf mehreren Ebenen abspielen.

Mit der Kriterienanalyse hat Eysenck (6) den Versuch unternommen zu überprüfen, ob die Faktoren echte Dimensionen darstellen, die als graduelle Eigenschaft bei jedem Mitglied der Population vorhanden ist, oder ob die dargestellten Beziehungen nur auf eine Subpopulation zutrifft. Eine Anzahl von Tests, die sich auf die betreffende Eigenschaft beziehen, wird bei zwei Populationen durchgeführt, von denen eine diese Eigenschaften hat und die andere nicht, also bei psychotischen und nicht psychotischen Patienten. Die Korrelation zwischen den Testergebnissen der Population ohne diese Eigenschaften werden dann einer Faktorenanalyse unterzogen und die resultierenden Faktoren werden rotiert bis zur maximalen Korrelation mit einer " Kriterienkolumne", die sich aus den biserialen Korrelationen der gleichen Testergebnisse von beiden Populationen, der psychotischen und der nichtpsychotischen, mit der Diagnose einer Psychose ergibt. Ist die Korrelation zwischen der Kriterienkolumne und dem ersten

Faktor hoch, dann ist die betreffende Eigenschaft bis zu einem bestimmten Grade auch in der Population vorhanden, von der man dies nicht annahm. Deshalb muß die Eigenschaft eine graduelle sein und der Unterschied der beiden Untersuchungsgruppen wäre mehr quantitativ als qualitativ, bezogen auf dieses Merkmal.

Mit der Methode der Kriterien - Analyse glaubt Eysenck (6) den gültigen Beweis erbracht zu haben, daß Psychotizismus eine graduelle Eigenschaft darstellt. Als Kritik läßt sich anführen, daß diese Methode nur zu gültigen Ergebnissen gelangt, wenn die Entscheidung vorhanden / fehlend bezüglich eines Merkmals in zwei Subpopulationen, klar zu treffen wäre d.h. in der Normalbevölkerung, die nicht selektiert ist, dürfen keine psychotischen Personen vorkommen (was nicht zutrifft), da sonst durch diese ein ähnliches Interkorelationsmuster zwischen den Testergebnissen hervorgerufen wird.

Weiterhin kann mit dieser Methode nur eine Kontinuität zwischen psychotischer und normaler Population bezüglich bestimmter Aspekte bestehen und können bezüglich anderer Tests eine andere Kontinuität zeigen.

Die von Eysenck durchgeführten Tests, die die graduellen Eigenschaften des Psychotizismus beweisen sollen, waren sehr einfach durchzuführende Tests, die sonst nicht zur Unterscheidung Psychose und Normalität herangezogen werden. Daher sagt eine entsprechend Korrelation nichts aus, da nach dem Kategoriemodell sich Psychose und Normalität nicht in allen Merkmalen unterscheiden, sondern nur in spezifischen.

Weiterhin konnte Meehl (31) zeigen, daß bei genügend großen Stichproben schließlich alles mit allem signifikant korreliert und die einzige Entscheidung lautet dann positive oder negative Korrelation.

Der von Eysenck eingeführte Begriff " Psychotizismus" ist wohl eine graduelle Eigenschaft, aber damit ist keines-

falls bewiesen, daß Geisteskrankheit eine graduelle Eigenschaft ist und eine Gemeinsamkeit der Begriffe Psychose und Psychotizismus muß in Frage gestellt werden. Ein hoher Psychotizismuswert wurde z.B. bei Kriminellen festgestellt, die nie psychotisch waren oder werden, und war auch bei Neurotikern und Gesunden so hoch wie bei Psychosekranken. " Psychotizismus" mag allenfalls eine unabhängige Persönlichkeitsdimension darstellen, ist aber als Maß einer akuten oder potentiellen Psychose ungeeignet.

Bei der Suche nach Diskontinuitäten zwischen den Syndromen muß man sich einige Einschränkungen klar machen.

Zwischen den einzelnen Syndromen gezogene Grenzen liegen oft nicht am echten Seltenheitspunkt, d.h. die Zwischenformen zwischen benachbarten Syndromen kommen etwa ebenso häufig vor, als Patienten welche die reinen Symptome eines Syndroms aufweisen. Die Häufigkeit der Etikettierung wie schizoaffektive Psychose, Borderline - Psychose, Angst - Depression u.a., d.h. die Tatsache, daß verschiedene Schulen die Grenzen zwischen den Syndromen unterschiedlich ziehen, zeigt, daß hier die Syndrome ohne natürliche Abgrenzung ineinander übergehen.

Roth (25) zeigt, daß es bei Anwendung der Diskriminanzfunktion auf klinischen Beurteilungen möglich ist, das Vorhandensein echter Grenzen zwischen endogenen und neurotischen Formen der Depression nachzuweisen.

Lorr (27) konnte Untersuchungen auf der Grundlage der Cluster - Analyse vom gegenwärtigen psychischen Zustand bei großen Populationen anstellen, bei denen neun " psychotische Typen" identifiziert werden konnten, die sich an Hand von verschiedenen Patientenpopulationen verifizieren ließen. Jedoch lassen sich etwa 60 % einer Patientenprobe mit Sicherheit einer der 9 Typen zuordnen

und nur 7 von ihnen sind gleichermaßen bei der männlichen wie bei der weiblichen Population vorhanden.

Kendell (14,15,16,17,18) fand ebenfalls abgegrenzte Cluster, die sich zur Deckung bringen lassen mit der manischen und der depressiven Phase der Zyklothymie, mit der akuten paranoiden Schizophrenie und der Defektschizophrenie.

Jedoch konnten keine Cluster gefunden werden, die eine Entsprechung zu Neurose, Alkoholismus oder abnorme Persönlichkeit zeigten, obwohl ausreichende Patientenkollektive zur Verfügung standen.

Levine (26) konnte ebenfalls Cluster darstellen, die eine Entsprechung mit den verschiedenen Typen der affektiven Psychosen zeigte.

Argumente für und wider die Verwendung von Dimensionen in der psychiatrischen Klassifikation

Der wichtigste Vorteil der dimensionalen Darstellung besteht darin, daß sie keinen Verlust an Information mit sich bringt, so daß eine maximale Flexibilität erhalten bleibt. Weiterhin wird nicht den atypischen Fällen zugunsten der typischen Fälle die Aufmerksamkeit entzogen oder die Erfassung der Individuen erschwert, die sich an der Grenze zwischen zwei benachbarten Kategorien befinden. Die Anwendung einer Typologie, beinhaltet beim Untersucher eine bestimmte Erwartungshaltung, so daß dadurch die Wahrnehmung beeinflußt wird.

Der Nachteil der dimensionalen Systeme, liegt darin, daß mehr als eine Dimension nur mehr geometrisch oder algebraisch dargestellt werden kann. Dies setzt eingehende mathematische Kenntnisse voraus.

Der Hauptkritikpunkt liegt darin, daß die dimensionalen Systeme am Ende meistens doch noch auf Kategorien zurückgeführt werden müssen, ehe man die in ihnen enthaltenen Informationen verwenden kann.

Der größte Vorteil der kategorialen Systeme ist die Einfachheit der Beschreibung und Begriffsbildung. Es ist ein leicht

erinnerliches Hilfsmittel, um das Wesentliche eines klinischen Begriffes und die relevanten Untersuchungsmerkmale zu definieren.

Die Klassifikation ist die Basis der meisten Forschungsgebiete und aller Sprachen. Klassifikationen erweisen sich auch gegenüber neuen Vorstellungen und Beobachtungen anpassungsfähig, da sie sich in einem ständigen Wandel befinden.

Hier ergibt sich das Problem, ob die Grenzen an echten Seltenheitspunkten gezogen werden und Diskontinuitäten trennen oder Kontinuitäten aufteilen.

Mit der Kategorisierung wird auch die Tendenz zur Verdinglichung wirksam. Mit der Kategorie, die einen Namen hat, gewinnt sie an "Eigenleben" und es kommt zur Vorstellung, daß sich die Mitglieder einer Kategorie grundsätzlich von anderen unterscheiden und so aus dem Gesamtzusammenhang isoliert werden. Ein anderes Problem tritt auf, wenn keine Diskontinuitäten nachgewiesen werden und so die Grenzziehung zwischen benachbarten Kategorien nicht eindeutig ist. Ein Seltenheitspunkt hat zweierlei Bedeutung: einerseits Grenzziehung, andererseits weist er die Existenz einer Entität nach.

Im Prinzip stehen beide Möglichkeiten zur Verfügung und zur Anwendung sollte kommen, was nützlich oder angemessen ist, was je nach Fragestellung unterschiedlich sein kann.

Die meisten Wissenschaften beginnen mit einer Typologie und später werden sie durch Dimensionen abgelöst, sobald genauere Meßmethoden entwickelt sind.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sind die Vorteile einer Typologie für den Bereich der psychotischen Erkrankungen größer, als für neurotische Störungen und die abnormen Persönlichkeiten. Untersuchungen mit der Cluster - Analyse haben gezeigt, daß es stabile Cluster von Patienten gibt, die sich mit diesen traditionellen Syndromen zur Deckung bringen lassen.

Transkulturelle Untersuchungen zeigen, daß die Syndrome als universell zu betrachten sind und genetische Faktoren spielen bei den psychotischen Erkrankungen auch eine Rolle. Diese letzte Möglichkeit spricht eindeutig für die Kategorien. Daneben ist die Reliabilität der gegenwärtigen Klassifikation viel höher für Psychosen als für Neurosen und abnorme Persönlichkeiten.

Es zeigen sich zwischen manischen, depressiven und schizophrenen Populationen stabile Unterschiede hinsichtlich der Langzeitprognose und der Reaktionen auf die Therapie. Wenngleich dies keinen Beweis für abgrenzbare Einheiten darstellt, weisen sie doch auf ihre Brauchbarkeit als klinisches Konzept hin.

Das vorhandene kategoriale System ist höchst unreliabel. in Cluster - Analysen können keine stabilen neurotischen Cluster aufgezeigt werden. Ebenso ist die Annahme einer konstitutionellen Basis neurotischer Störungen durch multiple Gene nur wenig überzeugend. Neurotische Symptome zeigen sich gelegentlich oder in milder Form bei einem großen Anteil einer Population, die untersucht wird.

Der Begriff der psychopathischen Persönlichkeit von Kurt Schneider (36) ist ein ausdrücklich statistischer Begriff der Abweichung. Ebenso liegt den Klassifikationen von Gruhle (11,12) eine dimensionale Betrachtung zugrunde.

In dieser Gruppe erweist sich klar der dimensionale Ansatz überlegen und wird auch bereits seit langem verwendet.

Die Beurteilung der üblichen neurotischen Symptome nähert sich einer Normalverteilung, wenn die Merkmale der Patienten in der Population in den meisten Bereichen der Symptomatologie Meßwerte erbringen. Diese lassen sich gut in ein dimensionales System eingliedern.

Die Meßwerte psychotischer Symptome zeigen eine andere Verteilung. Die meisten Einzelsymptome kommen nur selten

vor und die Verteilung zeigt ein Maximum in der Nähe des Nullpunktes. Eine Cluster- Analyse zeigt hierbei meist stabile Cluster.

Eine eindeutige Aussage für oder gegen einen der beiden Ansätze läßt sich nicht aussprechen, wenngleich in der Praxis die kategoriale Klassifizierung weit öfter verwendet wird.

Der Hauptteil der Arbeit wird zeigen, daß wir bei der Analyse der psychopathologischen Daten unter dem Gesichtspunkt der Abgrenzbarkeit der schizophrenen Psychosen und der paranoiden Syndrome: gegen die anderen diagnostischen Gruppen und der dazugehörigen Untergruppen gegeneinander , in der Datenauswertung sowohl den kategorialen Ansatz als auch den dimensionalen verwenden werden.

2. Material, Methodik und Fragestellung

2.1. Beschreibung der Daten

Im Beobachtungszeitraum vom 01.01.83 bis 31.12.83 werden 1585 Patienten in der psychiatrischen Klinik der Universität München behandelt. Diese Arbeit wertet Dokumentationsunterlagen von 455 Patienten aus. Bei ihnen wird eine Diagnose der ICD - Kategorien 295.x bis 298.x mit Ausnahme von 296.x gestellt. Die ICD - Kategorien beziehen sich dabei auf die 9. Revision der ICD. (4)

Untersucht wird die psychopathologische Symptomatik, die mit Hilfe des AMDP - Systems dokumentiert wird, sowie Daten über das Geschlecht, Alter, Aufenthaltsdauer, PSB (psychosoziale Bewertung), Syndromwerte und die familiäre Belastung der Patienten. Psychopathologische Symptomatik, PSB und Syndromwerte werden sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Entlassung berücksichtigt. In der Nervenkrank der Universität München werden die AMDP - Symptome durch einige zusätzliche psychopathologische Symptome ergänzt. Diese sind in der vorliegenden Beschreibung enthalten.

Die computerunterstützte Auswertung der Daten erfolgt mit Hilfe der Rechenanlage der Psychiatrischen Klinik der Universität München.

2.2. Methodik

Die diagnostische Beschreibung der 455 Patienten richtet sich nach der ICD - Klassifikation der 9. Revision. Dazu werden die ICD - Kategorien zu 13 Diagnosegruppen zusammengefaßt.

Eine Diagnosegruppe wird gebildet durch eine oder mehrere vierstellige ICD - Kategorien, sowie durch dreistellige ICD - Kategorien. Somit sind alle Patienten zwei Diagnosegruppen zugeordnet, mit einer drei- und einer vierstelligen ICD - Kategorie, außer die Patienten der ICD - Kategorie

298.x, bei denen die Diagnosegruppe in keine weitere als dreistellige ICD - Kategorie unterteilt wird.

Einteilung der ICD - Kategorien in 13 Diagnosegruppen

Diagnosegruppe I :

ICD - Nr. 295.1 Hebephrene Schizophrenie

Diagnosegruppe II :

ICD - Nr. 295.2 Katatone Schizophrenie

Diagnosegruppe III :

ICD - Nr. 295.3 Paranoide Schizophrenie

Diagnosegruppe IV :

ICD - Nr. 295.4 Schizophrene Episode

Diagnosegruppe V :

ICD - Nr. 295.6 Schizophrene Rest- und Defekt-
zustände

Diagnosegruppe VI :

ICD - Nr. 295.7 Schizoaffective Psychose

Diagnosegruppe VII :

ICD - Nr. 295.8 Andere Schizophrenieformen
 295.9 Nicht näher bezeichnete Schizo-
 phrenieformen

Diagnosegruppe VIII :

ICD - Nr. 295.x Schizophrene Psychosen

Diagnosegruppe IX :

ICD - Nr. 297.0 Einfache paranoide Psychose
 297.1 Paranoia

Diagnosegruppe X :

ICD - Nr. 297.2 Paraphrenie

Diagnosegruppe 11:

ICD - Nr. 297.3	Induzierte Psychose
297.8	Andere paranoide Syndrome
297.9	Nicht näher bezeichnete paranoide Syndrome

Diagnosegruppe 12:

ICD - Nr. 297.x	Paranoide Psychosen
-----------------	---------------------

Diagnosegruppe 13:

ICD - Nr. 298.x	Andere nicht organische Psychosen
-----------------	-----------------------------------

Für jede Diagnosegruppe wird die mit Hilfe des AMDP - Systems erhobene Symptomatik einzeln bei Aufnahme und Entlassung dargestellt. Weiterhin wird für jede Diagnosegruppe Geschlechtsverteilung, Altersverteilung, Aufenthaltsdauer, PSB bei Aufnahme und Entlassung, familiäre Belastung und Erkrankungsdauer angegeben. Diese Daten werden durch Tabellen und Abbildungen und eine ausführliche Beschreibung dargestellt.

Bei der Darstellung der Symptomatik der einzelnen Diagnosegruppe erfolgt auch ein Vergleich mit der entsprechenden dreistelligen und den übrigen vierstelligen ICD - Kategorien um Unterschiede in der Häufigkeit und Ausprägung darstellen zu können.

Die Beschreibung der psychopathologischen Symptomatik erfolgt nach folgenden Gesichtspunkten:

- A) Die bei Aufnahme vorhandenen Symptome werden ihrer Häufigkeit nach geordnet und mit ihrer Häufigkeit bei der Entlassung angegeben. Ebenso wird die Ausprägung der Symptomatik angegeben.
- B) Symptome, die innerhalb einer Diagnosegruppe auffallend häufig im Vergleich mit anderen Diagnosegruppen auftreten
- C) Symptome, die unabhängig von der Häufigkeit besonders stark ausgeprägt sind.
- D) Symptome, deren Häufigkeit bei der Entlassung die der Aufnahme übersteigt.

Den Anfang des tabellarischen Teils bildet eine Übersicht über sämtliche Diagnosegruppen. Diese werden bezüglich der Häufigkeit der psychopathologischen Symptomatik bei Aufnahme und Entlassung, der Geschlechterrelation, des Durchschnittsalters, der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer, der durchschnittlichen PSB - Werte, den durchschnittlichen Syndromwerten und der familiären Belastung, sowie der durchschnittlichen Erkrankungsdauer einander gegenübergestellt. Die verschiedenen Tabellen unter den obigen Gesichtspunkten erstellt, erlauben einen direkten Vergleich der verschiedenen Diagnosegruppen untereinander, wobei hier jedoch nur die Mittelwerte und Symptommhäufigkeiten zu entnehmen sind. (Tab.: 1.1 - 1.10)

Es schließt sich eine tabellarische Beschreibung der einzelnen Diagnosegruppen an, in der sämtliche Parameter für jede Diagnosegruppe getrennt aufgeführt werden.

Bei der Zusammenfassung der vierstelligen ICD - Diagnosen der Krankenakten zu Diagnosegruppen werden folgende Regeln befolgt:

1. Alle Patienten, die kürzer als 1 Jahr Erkrankungsdauer zeigen, werden der Diagnosegruppe schizophrene Episode zugeordnet.
2. 53 % der 455 Patienten sind Wiederaufnahmen in der Nervenlinik der Universität München. Hier weichen die Diagnosen der verschiedenen Aufenthalte gelegentlich voneinander ab. Um Inkongruenzen mit anderen Jahrgängen zu vermeiden wurde die wahrscheinlichste der erwähnten Diagnosen ausgewählt.

Auch bei der Auswertung der psychopathologischen Symptomatik der mit dem AMDP - System erhobenen Befunde werden einige Veränderungen vorgenommen.

- 2.1. Kodierung von Symptomen, die in der Krankenakte nicht vermerkt sind, werden weggelassen.
- 2.2. Symptome in den Krankenakten, die im Dokumentationsblatt nicht codiert wurden, werden zusätzlich in die Untersuchung aufgenommen.

2.3. Fragestellung

Die vorliegende Arbeit stellt sich drei Aufgaben :

- 1) Beschreibung der verschiedenen Diagnosegruppen und Vergleich der einzelnen Diagnosegruppen untereinander. Auf diese Weise sollen Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der psychopathologischen Symptomatik dargestellt werden. In diesem Vergleich der Diagnosegruppen untereinander geht neben der psychopathologischen Symptomatik bei Aufnahme und Entlassung; die Altersverteilung, Aufenthaltsdauer, Syndromwerte, GAS, familiäre Belastung und Erkrankungsdauer ein.
- 2) Vergleich der Diagnosegruppen dieser Arbeit mit den Ergebnissen aus dem Jahre 1982, die die gleichen Diagnosen zum Gegenstand haben, anhand der Arbeit von R. Pielok "Psychopathologische Symptomatik der Schizophrenie und der paranoiden Syndrome. Eine Untersuchung an 614 im Jahre 1982 in der psychiatrischen Klinik der Universität München behandelten Patienten." (34)
Hiermit soll die Stabilität der demographischen und psychopathologischen Merkmale überprüft werden.
- 3) Als drittes Ziel der Arbeit, ist eine Aussage zu machen, über die Abtrennbarkeit der einzelnen Diagnosegruppen unter Berücksichtigung der Ergebnisse R.E. Kendells (14,15,16,17,18), der zwischen affektiven und schizophrenen Psychosen keine Seltenheitspunkte finden konnte. Dazu wird der Versuch unternommen, ein diagnosespezifisches Symptomprofil zu erstellen, welches von der erhobenen Symptommhäufigkeit der jeweiligen Diagnosegruppe abgeleitet wird. Dieses diagnostische Symptomprofil wird in Symptomeranglisten übertragen und dann auf alle beschriebenen Patienten angewendet, um auf diese Weise die Gültigkeit zu überprüfen. Hiermit soll auch eine Antwort auf die Frage der Abtrennbarkeit gegeben werden, wobei gute Trennschärfe für gut abgrenzbare Diagnosegruppen

sprechen. Weniger gute Abgrenzbarkeit, dargestellt durch eine hohe Rate an Fehlzugeordnungen, weisen auf schlecht abgrenzbare Diagnosegruppen oder Ungültigkeit des jeweiligen Symptomprofils hin.

3. Ergebnisse

3.1 Diagnosegruppe I : Hebephrene Schizophrenie

Im Untersuchungszeitraum 1983 wird die Diagnose hebephrene Schizophrenie bei 75 Patienten gestellt. Damit beträgt die Häufigkeit der hebephrenen Schizophrenie in der Klinikpopulation 5 %.

In der Gruppe der nicht organischen Psychosen bedeutet dies einen Anteil von 9 %.

In der Gruppe der Schizophrenien ist die Diagnose hebephrene Schizophrenie mit 19 % vertreten.

3.1.1. Geschlechtsverteilung

Von den 75 Patienten mit hebephrener Schizophrenie sind 64 % Männer und 36 % Frauen. Die Geschlechterrelation stellt sich 1,7 : 1 dar.

(Tab.: 2.1)

3.1.2. Altersverteilung

Das Durchschnittsalter der Patienten mit hebephrener Schizophrenie beträgt 25 Jahre und stellt das niedrigste aller untersuchten Diagnosegruppen dar.

Behandelt werden Patienten im Alter zwischen 15 und 44 Jahren. Die Altersverteilung der Diagnosegruppe zeigt ihr Maximum in der Altersgruppe der 20 bis 24-jährigen mit 28 % der Patienten und in der Altersgruppe der 25 bis 29-jährigen mit 16 % der Patienten. Alle übrigen Altersgruppen haben einen Anteil von weniger als 6 % der Patienten dieser Diagnosegruppe.

Das Durchschnittsalter der Männer mit 26 Jahren liegt über dem der Frauen mit 23 Jahren.

Die Altersverteilung bei Männern und Frauen entspricht sich etwa. Insgesamt ist eine stärkere Betonung der jüngeren Altersgruppen bei Frauen im Vergleich zu den Männern festzustellen.

(Tab.: 2.2)

(Abb.: 1.1 ; Abb.: 1.2)

3.1.3. Aufenthaltsdauer

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten mit hebephrener Schizophrenie beträgt 58 Tage. Die Aufenthaltsdauer schwankt zwischen einer und 23 Wochen. Eine deutliche Häufung läßt sich im Behandlungszeitraum 1. bis 11. Woche feststellen, nach dem 71 % der Patienten wieder entlassen sind. Die restlichen Patienten verteilen sich mit abnehmender Häufigkeit auf die Behandlungsperiode 12. bis 23. Woche. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei Männern beträgt 59 Tage, bei Frauen 57 Tage.

Mit 58 Tagen beträgt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Vergleich mit den übrigen Diagnosegruppen am längsten. Dies ist auch für die Männer dieser Diagnosegruppe zutreffend, während bei den Frauen die Patientinnen der Diagnosegruppe III (Paranoide Schizophrenie) durchschnittlich noch 2 Tage länger in der Klinik bleiben.

(Tab.: 2.3)

(Abb.: 1.3 ; Abb.: 1.4)

3.1.4. PSB - Werte

Der durchschnittliche PSB - Wert der Patienten beträgt bei Aufnahme 32 und bei Entlassung 44. Dies bedeutet eine durchschnittliche Verbesserung von 13.

Die Männer mit einem durchschnittlichen Aufnahme - PSB - Wert von 31 erreichen bei Entlassung einen PSB - Wert von 44, was eine Verbesserung um 13 bedeutet.

Die Frauen mit einem durchschnittlichen Aufnahme - PSB - Wert von 31 erreichen bei der Entlassung 45, was eine Verbesserung um 14 bedeutet.

Bei der Aufnahme haben Patienten der Diagnosegruppe PSB - Werte zwischen 11 und 60. Einen Aufnahme- PSB - Wert im Bereich zwischen 21 und 30 erreichen 35 % der Patienten. Das Maximum liegt im Bereich von 31-40 mit 45 % der Patienten und 13 % der Patienten haben bei Aufnahme einen PSB - Wert zwischen 14 und 50. Die übrigen Werte sind bei Aufnahme unter 5 %.

Bei der Entlassung haben Patienten der Diagnosegruppe PSB - Werte zwischen 21 und 70. Einen Entlassungs - PSB - Wert im Bereich zwischen 31 und 40 erreichen 24 %, im Bereich zwischen 41 und 50 bilden 36 % der Patienten die stärkste Gruppe. Die drittstärkste Gruppe wird von 21 % der Patienten mit einem PSB zwischen 51 und 60 gebildet.

Die PSB - Werte bei Aufnahme, Entlassung und Verbesserung bilden im Vergleich der Diagnosengruppen die zweitniedrigsten. Bei Vergleich der Aufnahme und Entlassung - PSB - Werte bei Männern und Frauen lassen sich keine großen Unterschiede erkennen. Die bei Frauen leicht höheren Entlassungswerte sind auf einen höheren Anteil der Patientinnen im Bereich der Verbesserung von 20-29 zurückzuführen.

(Tab.: 2.4)

(Abb.: 1.5 ; Abb.: 1.6)

3.1.5. Symptomatik bei Patienten mit hebephrener Schizophrenie

3.1.5.1. Psychischer Befund

Bewußtseinsstörungen kommen nicht vor.

Orientierungsstörungen sind sehr selten und lediglich bei Aufnahme vorhanden.

Aufmerksamkeit- und Gedächtnisstörungen sind häufig. Am häufigsten findet man in dieser Symptomgruppe bei Aufnahme Konzentrationsstörungen bei 78 % der Patienten. Merkfähigkeitsstörungen kommen bei 29 % und Auffassungsstörungen bei 27 % der Patienten vor. Alle genannten Symptome treten überwiegend in mittlerer Ausprägung auf. Bei Entlassung ist die Häufigkeit der beschriebenen Symptome leicht gesunken und der Ausprägungsgrad ist überwiegend leicht.

Unter den formalen Denkstörungen ist das Symptom inkohärent am häufigsten; es liegt bei Aufnahme bei 63 % der Patienten in überwiegend mittlerer Ausprägung vor. Im Vergleich zu anderen Diagnosegruppen kommt es hier am häufigsten vor. Ebenfalls häufig sind Vorbeireden (51 %), nur bei katatoner Schizophrenie häufiger, verlangsamt (37 %);

gesperrt (27 %), eingeengt (23 %), umständlich (21 %) und Grübeln (15 %) vor.

Die Symptome ideenflüchtig, perseverierend, Gedankendrängen, Neologismen und gehemmt kommen selten vor.

Bei Aufnahme ist die Ausprägung der Symptome überwiegend mittel bis schwer. Bei Entlassung nimmt die Häufigkeit der Symptome um etwa ein Viertel der Aufnahmehäufigkeit ab und die Ausprägung ist jetzt überwiegend mittelgradig.

B e f ü r c h t u n g e n u n d Z w ä n g e

In dieser Symptomgruppe kommt Mißtrauen bei 24 % der Patienten in mittlerer Ausprägung vor und ist auch bei Entlassung bei 13 % in leichter Ausprägung vorhanden. Andere Symptome kommen sehr selten vor.

W a h n

Bei Aufnahme sind Wahngedanken, Beeinträchtigungswahn und Verfolgungswahn bei 57 % der Patienten in meist mittlerer Ausprägung anzutreffen. Ebenso sind Beziehungswahn bei 53 %, Wahnstimmung bei 43 % und Größenwahn bei 35 % der Patienten häufig. Wahndynamik findet sich bei 28 % und Wahrnehmung bei 23 % der Patienten bei Aufnahme. Hypochondrischer Wahn kommt bei 19 % der Patienten bei Aufnahme vor, ist aber in keiner anderen Diagnosegruppe so häufig. Die Symptome systematisierter Wahn, Schuldwahn, Verarmungswahn und andere Wahninhalte kommen bei Aufnahme und Entlassung nur selten vor. Bei Aufnahme ist die Symptomstärke überwiegend mittelgradig, bei Entlassung leichten Grades und die Häufigkeit verglichen mit der Aufnahme um ein Viertel bis Drittel zurückgegangen.

S i n n e s t ä u s c h u n g e n

Die häufigsten Symptome dieser Gruppe bei Aufnahme sind Stimmenhören (39 %) und Körperhalluzinationen (28 %). Bei Entlassung hören noch 15 % Stimmen und 23 % leiden unter Körperhalluzinationen.

Andere Symptome dieser Gruppe kommen nur vereinzelt vor.

I c h - S t ö r u n g e n

Bei Aufnahme kommt in dieser Symptomgruppe Derealisation am häufigsten mit 28 % vor. Weitere häufige Symptome sind andere Ich - Störungen (24 %), Depersonalisation (21 %), Gedanken-

eingebung (19 %) und Gedankenentzug(16 %). Die Ausprägung der Symptome nimmt bis zur Entlassung auf eine leichte Form ab und die Häufigkeit ist auf zwei Drittel der Aufnahmehäufigkeit gesunken.

S t ö r u n g e n d e r A f f e k t i v i t ä t

In dieses Symptomgruppe und auch bei Vergleich mit den anderen Diagnosegruppen kommt Parathymie bei Aufnahme bei 72 % der Patienten am häufigsten vor. Häufig ist auch das Symptom affektarm mit 70 % Häufigkeit, unverändert durch den Aufenthalt. Nur Patienten mit katatonen Schizophrenie sind noch zu einem höheren Prozentsatz affektarm. Weiter kommen die Symptome innerlich unruhig (59 %), ängstlich (57 %), affektstarr (55 %), ambivalent (49 %), gereizt (44 %), deprimiert (41 %) und affektlabil (25 %) häufig vor. Weniger häufig sind die Symptome gesteigertes Selbstwertgefühl (20 %), hoffnungslos (16 %), klagsam (15 %) und Insuffizienzgefühle (16 %).

Weitere Symptome dieser Gruppe kommen nur sehr selten vor.

Der Ausprägungsgrad hat sich von mittel bis schwer bei Aufnahme zu meist leicht bei Entlassung abgeschwächt. Die Häufigkeit der Symptomatik ist dagegen nur relativ wenig gesunken.

A n t r i e b s- u n d p s y c h o m o t o r i s c h e Störungen

Das häufigste Symptom dieser Gruppe ist antriebsarm und kommt auch in keiner anderen Diagnosegruppe häufiger vor, als hier bei Aufnahme mit 65 % der Patienten und bei Entlassung ist die Häufigkeit auf 70 % der Patienten angestiegen. Weitere häufige Symptome bei Aufnahme sind motorisch unruhig (53 %), maniert (31 %) und antriebsgesteigert (25 %). Weniger häufig kommen bei Aufnahme Parakinesen (17 %), logorrhöisch (13 %) und theatralisch (11 %) vor. Weitere Symptome finden sich nur sehr selten. Bei Entlassung ist die Häufigkeit der einzelnen Symptome auf etwa ein Viertel der Aufnahmehäufigkeit gesunken und die Ausprägung überwiegt ein leichter bis mittlerer Grad.

C i r c a d i a n e B e s o n d e r h e i t e n kommen nur ganz vereinzelt vor.

A n d e r e S t ö r u n g e n

Das häufigste Symptom dieser Gruppe ist beobachtete Ablenkbarkeit, das bei 76 % der Patienten bei Aufnahme vorkommt und auch in keiner anderen Diagnosegruppe häufiger ist. Bei Entlassung findet sich eine Häufigkeit von 63 %.

Weitere sehr häufige Symptome sind : Mangel an Krankheitseinsicht (69 %), Qual. Abw. des Affekts (64 %), sozialer Rückzug (63 %), anhaltender Aktivitätsverlust (61 %) und Quant. Abw. des Affekts (57 %). Bei Entlassung verändern sich die Häufigkeiten kaum nach unten, lediglich der Ausprägungsgrad hat sich verringert. Diese Symptome sind bei Vergleich mit den anderen Diagnosegruppen ebenfalls Höchstwerte bzw. bei den höchsten Werten.

Bei Aufnahme sind auch häufige Symptome : Mangel an Krankheitsgefühl (41 %), vertrauliche Distanzlosigkeit (40 %), beobachtete Verlangsamung (40 %), Autismus (39 %) und flache Euphorie (39 %). Die Symptome flache Euphorie und vertrauliche Distanzlosigkeit kommen bei Vergleich der Diagnosegruppen in keiner andern so häufig vor.

Weniger häufig sind die Symptome : Suizidalität (32 %), Ablehnung der Behandlung (31 %), Aggressivität (29 %), zerfahrene Sprache (27 %), beobachtete Depression (25 %), wahnhaftes Ich-Störungen (24 %), zerfahrene Denkinhalte (23 %), gehobene Stimmungslage während der Untersuchung (21 %), kommentierende Stimmen (20 %) und soziale Umtriebigkeit (19 %).

Weitere Symptome dieser Gruppe kommen selten vor.

Die Symptomenhäufigkeit in dieser Gruppe nimmt im Verlaufe des Aufenthalts nur gering ab. Dagegen werden die Patienten mit meist abgeschwächter Symptomatik entlassen.

3.1.5.2. Somatischer Befund

Die häufigsten somatischen Symptome sind Schlaf- und Vigilanzstörungen, die bei 40 % der Patienten bei Aufnahme in Form von Einschlafstörungen und bei 31 % als Durchschlafstörungen in Er-

scheinung treten. Bei Entlassung klagen noch ein Viertel der betroffenen Patienten über leichte Störungen. Andere Störungen kommen eher selten vor. Daneben geben 21 % der Patienten bei Aufnahme eine Appetitminderung an.

Weitere somatische Symptome treten sehr selten auf.

3.1.5.3. Zusammenfassung des psychischen und somatischen Befundes

Patienten mit hebephrener Schizophrenie haben bei der Aufnahme sehr häufig Konzentrationsstörungen, sind im Denken inkohärent, reden vorbei und das inhaltliche Denken ist durch Wahnstimmung, Wahngedanken, Beziehungswahn und Verfolgungsideen geprägt. Auch Größenwahn kommt oft vor. Stimmenhören und Körperhalluzinationen treten häufig auf, ebenso wie sich Derealisation häufig finden. Die Affektlage ist meist deprimiert, von parathymen Verhalten gekennzeichnet, sowie oft eine ängstliche, innerlich unruhige Stimmungslage. Sonst fällt die oftmals vorhandene Affektarmut und -starrheit auf. Ein antriebsarmes, vielfach motorisch unruhiges Verhalten herrscht vor, wobei dies auch oft maniert ist. Weiterhin besteht häufig ein sozialer Rückzug, Mangel an Krankheitsgefühl, anhaltender Aktivitätsverlust und erhöhte Ablenkbarkeit. Autismus, flache Euphorie wie vertrauliche Distanzlosigkeit kommen oft vor und können als besonders typisch angesehen werden.

An somatischen Störungen fallen besonders Schlafstörungen auf.

(Tab.: 2.5)

3.1.6. Syndrome bei Patienten mit hebephrener Schizophrenie

Der Aufnahmewert für das paranoid - halluzinatorische Syndrom für Patienten mit hebephrener Schizophrenie liegt mit 8,6 weit über dem Durchschnittswert von 2,5. Bei der Entlassung liegt der Syndrommittelwert mit 3,6 noch über dem Durchschnitts-

wert ist aber im Vergleich zur Aufnahme um über die Hälfte gesunken. Unter den dieses Syndrom bildenden Items sind besonders die Symptome Wahnwahrnehmung, Wahneinfluss, Wahngedanken, Verfolgungswahn, Beziehungswahn und Stimmenhören häufig, die in meist mittlerer und starker Ausprägung vorkommen.

Der Aufnahmewert des depressiven Syndroms liegt mit 3,5 weit unter dem Syndrommittelwert von 7,6 und bei Entlassung ergibt sich für Patienten mit hebephrener Schizophrenie ein Wert von 1,3. Die das depressive Syndrom zusammensetzenden AMDP-Items kommen sehr selten vor, nur die Symptome deprimiert, Durchschlafstörungen, Verkürzung der Schlafdauer und Früherwachen kommen häufiger vor. Sämtliche das psychoorganische Syndrom bildenden Items kommen nur selten vor, so daß bei Aufnahme ein Wert von 1,1 sich ausbildet, der unter dem Syndrommittelwert von 1,7 liegt. Bei Entlassung sinkt der Wert für das psychoorganische Syndrom bei Patienten mit hebephrener Schizophrenie auf einen Wert von 0,6 ab.

Der Aufnahmewert für das manische Syndrom liegt mit 3,2 über dem durchschnittlichen Syndromwert von 1,8 und bei Entlassung ergibt sich ein Wert von 1,6. Die das Syndrom zusammensetzenden Items kommen etwa gleich häufig vor, außer dem Symptom motorisch unruhig, das in meist mittlerer Ausprägung bei der Hälfte der Patienten zu finden ist. Mittlere Häufigkeiten in überwiegend mittelgradiger Ausprägung, der AMDP - Items des Hostilitätssyndroms, ergeben einen Wert, der bei Aufnahme mit 5,4 weit über dem Syndrommittelwert von 2,7 liegt. Bei Entlassung liegt der ermittelte Wert mit 3,2 noch immer über dem Durchschnittswert, wenngleich die Häufigkeit des Hostilitätssyndroms im Vergleich zur Aufnahme abnimmt.

Das vegetative Syndrom kommt sehr selten vor und es ergeben sich für die Aufnahme ein Wert von 0,4 und bei Entlassung ein Wert von 0,2. Beide Werte liegen unter dem durchschnittlichen Syndrommittelwert von 1,7 für das vegetative Syndrom.

Mit 6,7 als Aufnahmewert für das apathische Syndrom, liegt der Wert über dem durchschnittlichen Syndromwert von 3,7 und bei Entlassung liegt der Wert mit 5,0 noch immer über dem Durchschnitt. Unter den dieses Syndrom zusammensetzenden Symptomen

kommen die Items affektarm, affektstarr, antriebsarm und sozialer Rückzug häufig in meist mittlerer und schwerer Ausprägung vor.

(Tab.: 2.6)

(Abb.: 1.7 ; Abb.: 1.8)

3.1.7. Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit hebephrener Schizophrenie

Blutsverwandte der Patienten mit hebephrener Schizophrenie erkranken in 31 % der Fälle an psychischen Erkrankungen, ebensoviele sind gesund und über 33 % liegen keine Angaben vor. Die Blutsverwandten der Patienten erkranken mit einer Häufigkeit von 7 % in der gleichen Art und mit 16 % der Fälle liegt eine Erkrankung anderer Art vor. Bei 8 % läßt sich die Erkrankungsart nicht bestimmen und in 5 % der Fälle liegen Kombinationen vor.

(Tab.: 2.7)

3.1.8. Erkrankungsdauer der Patienten mit hebephrener Schizophrenie

Die Erkrankungsdauer der Patienten mit hebephrener Schizophrenie beträgt zwischen 0 und 22 Jahren.

Die meisten Patienten sind weniger als 5 Jahre krank (58 %).

Bei 24 % der Patienten liegt die Erkrankungsdauer zwischen 5 und 9 Jahren und bei 16 % zwischen 10 und 14 Jahren.

Längere Krankheitsdauer kommt nur ganz vereinzelt vor.

(Tab.: 2.8)

3.2. Diagnosegruppe II : Katatone Schizophrenie

Im Untersuchungszeitraum 1983 wird die Diagnose katatone Schizophrenie bei 18 Patienten gestellt. Damit beträgt die Häufigkeit der katatonen Schizophrenie in der Klinikpopulation 1 %.

In der Gruppe der nicht organischen Psychosen bedeutet dies einen Anteil von 2 %.

In der Gruppe der Schizophrenien ist die Diagnose katatone Schizophrenie mit 5 % vertreten.

3.2.1. Geschlechtsverteilung

Von den 18 Patienten mit katatoner Schizophrenie sind 67 % Männer und 33 % Frauen. Die Geschlechterrelation stellt sich 2 : 1 dar.

(Tab.: 3.1)

3.2.2. Altersverteilung

Das Durchschnittsalter der Patienten mit katatoner Schizophrenie beträgt 33 Jahre.

Behandelt werden Patienten im Alter zwischen 15 und 54 Jahren. Die Altersverteilung der Diagnosegruppe ist durch einen zweigipfeligen Verlauf gekennzeichnet. In der Altersgruppe der 15 bis 29-jährigen finden sich 50 % der Patienten und die 40 bis 44-jährigen bilden mit 22 % das zweite Maximum. Das Durchschnittsalter der Männer liegt mit 31 Jahren deutlich niedriger als das Durchschnittsalter der Frauen mit 37 Jahren.

Die Altersstruktur der Männer ist gekennzeichnet durch einen relativ starken Anteil der 25 bis 29-jährigen und der 40 bis 44-jährigen Männer. Dagegen ist die Altersverteilung der Frauen in allen Altersstufen gleichförmig.

(Tab.: 3.2)

(Abb.: 2.1 ; Abb.: 2.2)

3.2.3. Aufenthaltsdauer

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten mit katatoner Schizophrenie beträgt 52 Tage. Die Aufenthaltsdauer schwankt zwischen einer und 17 Wochen. Eine deutliche Häufung läßt sich im Behandlungszeitraum 3. bis 8. Woche feststellen, nach dem 60 % der Patienten wieder entlassen sind. Die restlichen Patienten verteilen sich gleichmäßig auf den übrigen Behandlungszeitraum.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei Männern beträgt 51 Tage und bei Frauen 54 Tage.

Nach 3 bis 7 Wochen stationärer Behandlung sind 66 % der Männer wieder entlassen, dagegen kann bei der Mehrzahl der Frauen die Entlassung nach der 5. bis 10. Woche erfolgen. Im Vergleich mit den übrigen Diagnosegruppen ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 52 Tagen die drittlängste. Dies gilt auch für die Aufenthaltsdauer der Frauen, während die Männer vergleichsweise einen etwas kürzeren Aufenthalt haben.

(Tab.: 3.3)

(Abb.: 2.3 ; Abb.: 2.4)

3.2.4. PSB - Werte

Der durchschnittliche PSB - Wert der Patienten beträgt bei der Aufnahme 25 und bei Entlassung 50. Dies bedeutet eine durchschnittliche Verbesserung von 25.

Die Männer mit einem durchschnittlichen Aufnahme - PSB - Wert von 24 erreichen bei Entlassung einen Wert von 53, was eine Verbesserung um 29 bedeutet.

Die Frauen mit einem durchschnittlichen Aufnahme - PSB - Wert von 28 erreichen bei Entlassung einen PSB - Wert von 43, was eine Steigerung um 15 bedeutet.

Die Frauen der Diagnosegruppe können trotz des im Vergleich zu den Männern der Diagnosegruppe, höheren Aufnahme - PSB - Wert diesen durchschnittlich nur halb so stark verbessern, so daß ihr Entlassungswert fast um 10 unter dem der Männer

liegt.

Bei der Aufnahme haben Patienten der Diagnosegruppe PSB - Werte zwischen 11 und 60. Die meisten Patienten (61 %) dieser Diagnosegruppe werden mit einem PSB - Wert zwischen 21 und 30 aufgenommen, was einen Anteil von 61 % der Patienten ausmacht.

Bei der Entlassung haben Patienten der Diagnosegruppe Werte zwischen 11 und 80. 56 % der Patienten werden mit einem PSB - Entlassungswert zwischen 51 und 70 beurteilt.

PSB - Werte zwischen 11 und 20 bzw. 71 und 80 bilden Extremwerte und treten bei nur jeweils einem Patienten auf.

Bei Vergleich der Aufnahme und Entlassungs - PSB - Werte bei Männern und Frauen fällt eine weitgehende Vergleichbarkeit der Aufnahmewerte auf. Jedoch können 33 % der Männer ihre PSB um 40 bis 49 verbessern, jedoch der gleiche Prozentsatz Frauen nur um 10 bis 19. Dies führt zu viel höheren Entlassungswerten der Männer als bei Frauen, die durchschnittlich 10 über denen der Frauen liegen.

Die Patienten dieser Diagnosegruppe haben von allen hier dargestellten Patienten die niedrigsten Aufnahme - PSB - Werte.

Bei der Entlassung nehmen sie im Vergleich eine Mittelstellung ein, wobei jedoch die Frauen im Vergleich am schlechtesten abschneiden und die Männer sehr gut. Die PSB - Verbesserung ist insgesamt die vierthöchste, wobei die bei den Männern die drittgrößte ist, bei den Frauen jedoch nur die drittniedrigste.

(Tab.: 3.4)

(Abb.: 2.5 ; Abb.: 2.6)

3.2.5. Symptomatik bei Patienten mit katatonen Schizophrenie

3.2.5.1. Psychischer Befund

Bewußtseinsstörungen kommen nicht vor.

Orientierungsstörungen sind bei Aufnahme vereinzelt feststellbar.

Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen

Hier fallen besonders bei 67 % der Patienten mittelgradige Konzentrationsstörungen bei Aufnahme auf, bei Entlassung noch bei 56 % in leichter Form. Merkfähigkeitsstörungen sind bei 11 % der Patienten bei Aufnahme festzustellen.

Weitere Symptome sind sehr selten oder kommen gar nicht vor.

Unter den formalen Denkstörungen kommt bei Aufnahme das Symptom inkohärent am häufigsten bei 61 % der Patienten vor, und in leichter Form bei 17 % bei Entlassung. Daneben finden sich häufig bei Aufnahme die Symptome : verlangsamt (39 %), gehemmt (33 %), gesperrt (39 %) und vorbeireden (56 %) in mittelgradiger und schwerer Ausprägung. Bei Entlassung ist die Häufigkeit der Symptome stark auf die Hälfte gesunken und die Ausprägung ist meist leicht.

Andere Symptome kommen selten vor.

In der Symptomgruppe Befürchtungen und Zwänge ist mißtrauisch bei 11 % der Patienten in starker Ausprägung das häufigste Symptom. Die übrigen Symptome sind sehr selten.

Wahn

Unter den Wahnsymptomen sind bei Katatonen die Wahnstimmung (61 %), Verfolgungswahn (44 %), Beziehungswahn (39 %) und Wahngedanken (39 %) sehr häufig bei Aufnahme und in der Aufnahme überwiegend in mittlerer Ausprägung zu finden. Bei Entlassung zeigen nur noch ein Viertel der betroffenen Patienten eine leichte Symptomatik.

Weniger häufige Symptome bei Aufnahme sind: andere Wahninhalte (33 %), Wahneinfälle (28 %), Wahrnehmung

und Wahndynamik (28 %). Weitere Symptome kommen nur selten vor.

S i n n e s t ä u s c h u n g e n

Als häufigstes Symptom dieser Gruppe kommt Stimmhören bei 61 % der Patienten bei Aufnahme in mittlerem Grade vor. Bei Vergleich der Diagnosegruppen kommt dieses Symptom sonst nirgends so häufig vor. Bei Entlassung geben noch 11 % eine leichte Symptomatik an. Körperhalluzinationen geben 17 % in leichter bis schwerer Form bei Aufnahme an und bei Entlassung noch 6 %. Andere Symptome kommen kaum vor.

I c h - S t ö r u n g e n

Die häufigsten Symptome bei Aufnahme sind Derealisation mit 34 % und Depersonalisation bei 28 % der Patienten in mittlerer Ausprägung. Eine leichte Symptomatik ist bei Entlassung bei nur mehr einzelnen Patienten zu finden. Andere Symptome dieser Gruppe kommen sehr selten vor.

S t ö r u n g e n d e r A f f e k t i v i t ä t

Patienten mit katatoner Schizophrenie erscheinen bei Aufnahme im Affekt schwer gestört. Häufigste Symptome sind: Ängstlich (78 %), affektstarr (72 %), affektarm (72 %) und ambivalent (67 %). Sie kommen bei Aufnahme in überwiegend mittlerer und schwerer Ausprägung vor. Sie kommen auch in keiner andern Diagnosegruppe häufiger vor. Bei Entlassung sind sie noch relativ oft zu finden, wenngleich die Symptomschwere zurückgeht. Parathym erscheinen 56 % , innerlich unruhig und deprimiert 44 % . Weniger häufig sind die Symptome gereizt (39 %), dysphorisch (28 %) und affektlabil (22 %).

Andere Symptome kommen noch seltener vor.

Insgesamt nimmt bei Entlassung der Ausprägungsgrad deutlich zu einer leichten Form ab und auch die Häufigkeit sinkt etwas.

A n t r i e b - u n d p s y c h o m o t o r i s c h e S t ö r u n g e n

Bei Aufnahme kommen als häufigste Symptome vor: maniert (56 %) antriebsarm (50 %) und mutistisch (50 %). Mutistisch erscheint bei Entlassung nur noch ein Patient, dagegen hat sich die Antriebsarmut auf 67 % gesteigert in einem mittleren

Grade.

Motorisch unruhig erscheinen 39 % und ebensoviele zeigen Parakinesen bei Aufnahme und Entlassung in meist mittlerer Ausprägung. Andere Symptome sind nicht häufig.

C i r c a d i a n e B e s o n d e r h e i t e n bestehen nicht.

A n d e r e S t ö r u n g e n

Am häufigsten und auch bei Vergleich aller Diagnosegruppen am häufigsten ist der soziale Rückzug bei 89 % der Patienten in überwiegend mittlerer Ausprägung. Ebenso kommt Autismus (56 %) sonst nirgends so oft vor. Weitere sehr häufige Symptome sind bei Aufnahme : Qualitative Abw. des Affekts (67 %), quantitative Abw. des Affekts (61 %) und erhöhte Ablenkbarkeit (61 %), hypokinetische katatone Symptome (56 %), Autismus (56 %), Mangel an Krankheitseinsicht (56 %), anhaltender Aktivitätsverlust (50 %) und Zerfahrenheit der Sprache und Denkinhalte (44 %).

Weniger häufig sind folgende Symptome bei Aufnahme:

Aggressivität (39 %), hyperkinetische katatone Symptome (39 %), Ablehnung der Behandlung (33 %), andere katatone Symptome (33 %), Agitiertheit (28 %), Mangel an Krankheitsgefühl (28 %), mangelnde Beeinflußbarkeit des Affekts und der Willensfunktion (28 %).

Weitere Symptome kommen relativ selten vor. Bei Aufnahme ist die Symptomatik überwiegend mittel bis schweren Grades und ist bei Entlassung meist noch leicht vorhanden. Die Häufigkeit bei Entlassung hat abgenommen, wengleich je nach Symptom recht unterschiedlich, so am geringsten bei dem Symptom sozialer Rückzug, Autismus, Verlangsamung und anhaltender Aktivitätsverlust.

3.2.5.2. Somatischer Befund

Schlafstörungen in Form von Einschlaf- und Durchschlafstörungen sowie Appetitverminderung werden bei Aufnahme

in allen Schweregraden bei der Hälfte der Patienten angegeben.

Andere somatische Beschwerden sind sehr selten.

3.2.5.3. Zusammenfassung des psychischen und somatischen Befundes

Patienten mit katatoner Schizophrenie haben bei Aufnahme sehr häufig Konzentrationsstörungen, sind im Denken inkohärent, gesperrt und verlangsamt. Oft ist eine Wahnstimmung vorhanden mit Wahngedanken, deren Inhalt gleichermaßen Verfolgungswahn, Beziehungswahn und Größenideen bilden. Stimmenhören und Derealisation kommen sehr oft vor. In der Affektlage herrschen Ängstlichkeit, Ambivalenz, Affektstarre und Affektarmut vor. Mutismus, Parakinesen, Maniriertheit und Antriebsarmut beschreiben das Bild. Daneben fallen sozialer Rückzug, Mangel an Krankheitseinsicht, erhöhte Ablenkbarkeit und Verlangsamung auf.

An somatischen Störungen kommen Schlafstörungen sehr häufig vor.

(Tab.: 3.5)

3.2.6. Syndrome bei Patienten mit katatoner Schizophrenie

Der Aufnahmewert für das paranoid - halluzinatorische Syndrom für Patienten mit katatoner Schizophrenie liegt mit 7,8 weit über dem Durchschnittswert von 2,5. Bei der Entlassung liegt der Mittelwert mit 1,4 deutlich unter dem durchschnittlichen Syndrommittelwert von 2,5. Unter den dieses Syndrom bildenden Items sind besonders die Symptome Wahnwahrnehmung, Wahneinfluss, Wahngedanken, Verfolgungswahn, Beziehungswahn und Stimmenhören häufig, die in meist mittlerer und starker Ausprägung vorkommen.

Der Aufnahmewert des depressiven Syndroms liegt mit 4,6 weit unter dem durchschnittlichen Syndrommittelwert von 7,6 und bei Entlassung ergibt sich für Patienten mit katatoner Schizo-

phrenie ein Wert von 1,3. Die das depressive Syndrom zusammensetzenden AMDP - Items kommen nicht sehr häufig vor, nur die Symptome deprimiert, antriebsgehemmt, Durchschlafstörungen und Verkürzung der Schlafdauer kommen häufiger vor.

Sämtliche das psychoorganische Syndrom bildenden Items kommen nur selten vor, so daß bei Aufnahme ein Wert von 0,5 sich ausbildet, der unter dem durchschnittlichen Syndrommittelwert von 1,7 liegt. Bei Entlassung sinkt der Wert für das psychoorganische Syndrom bei Patienten mit katatonen Schizophrenie auf einen Wert von 0,1 ab, und ist bei nur einem Patienten in leichter Ausprägung zu finden.

Der Aufnahmewert für das manische Syndrom liegt mit 2,2 etwas über dem durchschnittlichen Mittelwert von 1,8 und bei Entlassung ergibt sich ein Wert von 0,2. Die das Syndrom zusammensetzenden Items kommen etwa gleich häufig vor, außer dem Symptom motorisch unruhig, das in meist mittlerer Ausprägung bei der Hälfte der Patienten zu finden ist.

Mittlere Häufigkeiten in überwiegend mittelgradiger Ausprägung, der AMDP- Items des Hostilitätssyndroms, ergeben einen Wert, der bei Aufnahme mit 5,1 weit über dem Syndrommittelwert von 2,7 liegt. Bei Entlassung liegt der Wert mit 1,7 deutlich unter dem Mittelwert.

Das vegetative Syndrom kommt sehr selten vor, und es ergeben sich für die Aufnahme ein Wert von 0,3 und bei Entlassung ein Wert von 0,0. Beide Werte liegen weit unter dem durchschnittlichen Syndromwert von 1,7 für das vegetative Syndrom. Mit 8,2 als Aufnahmewert für das apathische Syndrom, liegt der Wert weit über dem durchschnittlichen Syndromwert von 3,7 und bei Entlassung liegt der Wert mit 5,6 noch immer über dem Mittelwert. Im Vergleich mit dem übrigen Diagnosegruppen ist dies der höchste Aufnahmewert und der zweitgrößte Entlassungswert. Dies ist auf eine hohe Häufigkeit und starke Ausprägung der Symptome affektarm, affektstarr, antriebsarm und sozialer Rückzug, die dieses Syndrom bilden, zurückzuführen.

(Tab.: 3.6)

(Abb.: 2.7 ; Abb.: 2.8)

3.2.7. Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit katatoner Schizophrenie

Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit katatoner Schizophrenie sind in 33 % der Fälle nicht feststellbar. Bei weiteren 39 % sind diesbezüglich keine Angaben erfolgt.

In 28 % geben die Patienten eine psychische Erkrankung bei Blutsverwandten an. Diese erkranken in 6 % der Fälle in der gleichen Art und mit 22 % Häufigkeit liegt eine Erkrankung anderer Art vor.

(Tab.: 3.7)

3.2.8. Erkrankungsdauer der Patienten mit katatoner Schizophrenie

Die Erkrankungsdauer der Patienten mit katatoner Schizophrenie beträgt zwischen 0 und 19 Jahren. Die meisten Patienten (39 %) sind weniger als 5 Jahre krank. Jeweils 22 % der Patienten sind 5 bis 9 bzw. 10 bis 14 Jahre krank. Nur 3 Patienten sind länger als 14 Jahre krank.

(Tab.: 3.8)

3.3. Diagnosegruppe III : Paranoide Schizophrenie

Im Untersuchungszeitraum 1983 wird die Diagnose paranoide Schizophrenie bei 67 Patienten gestellt. Damit beträgt die Häufigkeit der paranoiden Schizophrenie in der Klinikpopulation 4 %.

In der Gruppe der nicht organischen Psychosen bedeutet dies einen Anteil von 8 %.

In der Gruppe der Schizophrenien ist die Diagnose paranoide Schizophrenie mit 18 % vertreten.

3.3.1. Geschlechtsverteilung

Von den 67 Patienten mit paranoider Schizophrenie sind 40 % Männer und 60 % Frauen. Die Geschlechterrelation stellt sich 1 : 1,5 dar.

(Tab.: 4.1)

3.3.2. Altersverteilung

Das Durchschnittsalter der Patienten mit paranoider Schizophrenie beträgt 39 Jahre und stellt im Vergleich zu den übrigen Diagnosegruppen ein mittleres Durchschnittsalter dar. Behandelt werden Patienten im Alter zwischen 15 und 69 Jahren. Die Altersverteilung zeigt ihren Gipfel in den Altersstufen 25 bis 49 Jahre, 87 % der behandelten Patienten finden sich in dieser Altersgruppe. In diesem Altersbereich ist die Verteilung relativ gleichförmig mit leichter Betonung der jüngeren Altersgruppen. Nur ganz wenige Patienten finden sich in den anderen Altersstufen.

Das Durchschnittsalter der Männer mit 36 Jahren liegt mit 5 Jahren unter dem Durchschnittsalter der Frauen von 41 Jahren.

Bei Vergleich der beiden Altersverlaufskurven zeigt die der Männer einen etwas steileren Verlauf und ein um 10 Jahre vorverlegtes Maximum.

(Tab.: 4.2)

(Abb.: 3.1 ; Abb.: 3.2)

3.3.3. Aufenthaltsdauer

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten mit paranoider Schizophrenie beträgt 54 Tage. Die Aufenthaltsdauer schwankt zwischen einer und 27 Wochen. Eine deutliche Häufung läßt sich im Behandlungszeitraum 3. bis 12. Woche feststellen, nach dem 76 % der Patienten wieder entlassen sind.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei Männern beträgt 47 Tage und 58 Tage bei Frauen. Die Aufenthaltsdauer der Männer ist um 11 Tage im Vergleich zu den Frauen erheblich verkürzt.

Mit 54 Tagen beträgt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Vergleich mit den übrigen Diagnosegruppen am zweitlängsten. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Männer mit 47 Tagen stellt einen mittleren Wert dar, während die Frauen dieser Diagnosegruppe mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 58 Tagen insgesamt den längsten Aufenthalt der Frauen haben.

(Tab.: 4.3)

(Abb.: 3.3 ; Abb.: 3.4)

3.3.4. PSB - Werte

Der durchschnittliche PSB - Wert der Patienten beträgt bei Aufnahme 31 und bei Entlassung 50. Dies bedeutet eine durchschnittliche Verbesserung von 19.

Die Männer mit einem durchschnittlichen Aufnahme - PSB - Wert von 32 erreichen bei Entlassung einen PSB - Wert von 49, was eine Verbesserung um 17 bedeutet.

Die Frauen mit einem durchschnittlichen Aufnahme - PSB - Wert von 31 werden mit einem PSB - Wert von 51 entlassen, was eine Verbesserung von 20 darstellt.

Bei der Aufnahme haben die Patienten der Diagnosegruppe PSB - Werte zwischen 11 und 60. Einen Aufnahme-PSB-Wert im Bereich zwischen 21 und 30 erreichen 39 % der Patienten. Das Maximum liegt im Bereich von 31 bis 40 mit 40 % der Pat-

ienten. Die übrigen Werte kommen nur selten vor.

Bei der Entlassung haben Patienten der Diagnosegruppe PSB - Werte zwischen 31 und 80. Im Bereich zwischen 41 und 50 finden sich 33 % der Patienten und im folgenden PSB - Bereich 51 bis 60 sind es 31 % der Patienten. 21 % können bei Entlassung einen PSB von 61 bis 70 erreichen.

Während des Aufenthalts können der PSB - Wert um 0 bis 49 verbessert werden. Die meisten Patienten können den PSB - Wert im Verlaufe des Aufenthalts um 10 bis 19 verbessern, eine Gruppe von 43 %.

Bei Vergleich der Aufnahme und Entlassungs - PSB - Werte bei Männern und Frauen fällt auf, daß die Kurven der Frauen vergleichsweise flacher, aber mit einer breiteren Basis verlaufen. Die der Männer ist im Bereich der unteren Werte leicht akzentuiert.

(Tab.: 4.4)

(Abb.: 3.5 ; Abb.: 3,6)

3.3.5. Symptomatik bei Patienten mit paranoider Schizophrenie

3.3.5.1. Psychischer Befund

B e w u ß t s e i n s störungen kommen nicht vor.

O r i e n t i e r u n g s störungen finden sich nur vereinzelt.

A u f m e r k s a m k e i t s- und G e d ä c h t n i s störungen kommen hauptsächlich in Form von Konzentrationsstörungen bei 72 % der Patienten bei Aufnahme und bei 58 % bei Entlassung vor. Der Schweregrad hat sich im Verlaufe des Aufenthalts von mittel bis leicht abgeschwächt. Merkfähigkeitsstörungen finden sich bei 16 % bei Aufnahme in mittlerer Ausprägung und in leichter Form bei 10 % der Patienten bei Entlassung. Leichte Auffassungsstörungen geben bei Aufnahme 9 % der Patienten an.

U n t e r d e n f o r m a l e n D e n k s t ö r u n g e n i s t d a s Symptom inkohärent bei 40 % der Patienten bei Aufnahme am häufigsten und ist in leichter Form noch bei 16 % zum Zeit-

punkt der Entlassung zu finden.

Ebenfalls häufig und meist in mittelgradiger Ausprägung kommen bei Aufnahme die Symptome vor : verlangsamt (36 %), eingeengt (31 %), umständlich (27 %) und Vorbeireden (25 %). Bei Entlassung ist die Häufigkeit deutlich gesunken und die Ausprägung ist überwiegend leicht.

Weniger häufig kommen die Symptome Grübeln, gesperret, ideenflüchtig, perseverierend und Gedankendrängen vor.

Andere Symptome sind sehr selten.

B e f ü r c h t u n g e n u n d Z w ä n g e

Bei Aufnahme zeigen 54 % der Patienten Mißtrauen mittleren und schweren Grades, bei Entlassung waren noch 31 % leicht mißtrauisch. Dieses Symptom ist bei Vergleich der Diagnosegruppen hier am häufigsten, wenngleich Patienten mit schizophrener Episode und paranoiden Syndromen annähernd hohe Werte zeigen.

Die übrigen Symptome sind selten.

W a h n

Das häufigste Symptom aus dieser Symptomgruppe ist bei 76 % der Patienten ein schwerer Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn bei Aufnahme. Weitere sehr häufige Symptome sind: Beziehungswahn (69 %), Wahngedanken (69 %), Wahndynamik (55 %), systematisierter Wahn (51 %), Wahnstimmung (49 %) Wahnwahrnehmung (36 %) und Wahneinfälle (36 %).

Weniger häufig werden die Symptome beobachtet: Größenwahn (28 %), andere Wahninhalte (13 %) und hypochondrischer Wahn (12 %). Andere Symptome kommen seltener vor. Bei Entlassung zeigen noch zwei Drittel der betroffenen Patienten eine vergleichsweise abgeschwächte Symptomatik.

S i n n e s t ä u s c h u n g e n

Bei Aufnahme treten Körperhalluzinationen (31 %) und Stimmenhören (49 %) in überwiegend mittelgradiger und starker Ausprägung auf. Bei Entlassung gibt nur noch die Hälfte der Patienten eine leichte Symptomatik an. Andere Symptome werden nur recht selten gefunden.

I c h - S t ö r u n g e n

Das häufigste Symptom dieser Gruppe ist Depersonalisation,

das bei 40 % der Patienten in mittlerer Ausprägung vorkommt. Noch häufige Symptome bei Aufnahme sind: andere Ich-Störungen (30 %), Gedankeneingebung (30 %), Derealisation (18 %), Gedankenausbreitung (12 %) und Gedankenentzug (12 %). Bei Entlassung ist eine Symptomatik bei noch einem Drittel der Patienten in leichter Form festzustellen.

Andere Symptome kommen selten vor.

S t ö r u n g e n d e r A f f e k t i v i t ä t

Bei Aufnahme sind 58 % der Patienten stark ängstlich, innerlich unruhig (64 %), gereizt (54 %), affektstarr (54 %), parathym (49 %), affektarm (46 %), ambivalent (34 %), deprimiert (31 %) und dysphorisch (27 %). Bei Aufnahme ist die Symptomatik überwiegend mittel bis schweren Grades. Bei Entlassung hat die Häufigkeit leicht abgenommen und die Symptomatik wird mit leicht beurteilt. Die Symptome affektstarr und affektarm kommen bei Entlassung häufiger vor als bei Aufnahme und mit gleichstarker Ausprägung.

Andere Symptome kommen nur relativ selten vor.

A n t r i e b s- u n d p s y c h o m o t o r i s c h e S t ö r u n g e n

Bei Aufnahme häufige Symptome in meist mittlerer Ausprägung sind bei 48 % der Patienten motorisch unruhig, antriebsarm (39 %), antriebsgesteigert (31 %) und maniert (30 %). Die Symptomatik nimmt bei Entlassung an Stärke und auch leicht an Häufigkeit ab. Antriebsarm erscheint bei Entlassung dagegen eine Gruppe von 48 %.

Weitere Symptome kommen nicht oft vor.

C i r c a d i a n e B e s o n d e r h e i t e n werden nur vereinzelt vorgefunden.

A n d e r e S t ö r u n g e n

Bei Aufnahme kommen an häufigen Symptomen dieser Gruppe vor: beobachtete Ablenkbarkeit (64 %), sozialer Rückzug (61 %), geringe Krankheitseinsicht (60 %), Qualitative Abw. des Affekts (57 %). Quantitative Abw. des Affekts (51 %), Autistisches Verhalten (43 %), anhaltender Aktivitätsverlust (37 %), Verlangsamung (37 %) und Aggressivität (34 %). Diese Symptome sind bei Entlassung in ihrer Häufigkeit leicht gesunken und leichter Ausprägung, lediglich verlangsamt und anhaltender Aktivitätsverlust sind bei Entlassung häufiger

beobachtet worden.

Weniger häufige Symptome sind: Kommentierende Stimmen (27 %), Wahnhafte Ich-Störungen (27 %), Suizidalität (22 %), zerfahrene Denkinhalte (22 %), beobachtete Depression (22 %) und Ablehnung der Behandlung (22 %).

Weitere Symptome kommen nur selten vor.

3.3.5.2. Somatischer Befund

An somatischen Befunden finden sich bei Aufnahme bei 34 % der Patienten Einschlafstörungen und bei 28 % der Patienten Durchschlafstörungen, die bei Entlassung kaum mehr vorkommen.

Über Appetitminderung klagen bei Aufnahme 22 % der Patienten.

Weitere somatische Störungen werden nur selten beobachtet.

3.3.5.3. Zusammenfassung des psychischen und somatischen Befundes

Patienten mit paranoider Schizophrenie haben bei Aufnahme sehr häufig Konzentrationsstörungen, sind im Denken inkohärent, verlangsamt und umständlich. Die meisten Patienten zeigen oft ein ausgeprägtes Mißtrauen und die Denkinhalte werden sehr oft von Verfolgungswahn oder Beziehungswahn in systematisierter Form mit erheblicher Dynamik geprägt. Stimmenhören kommt sehr häufig vor, ebenso wie Depersonalisationsercheinungen. Die Affektlage ist gekennzeichnet von ängstlichem Verhalten, einer gereizten Stimmungslage, Parathymie sowie Affektarmut und Affektstarre. Motorische Unruhe und Antriebsarmut herrschen vor, wie auch meist ein sozialer Rückzug zu beobachten ist. Erhöhte Ablenkbarkeit und Autismus sind ebenso kennzeichnend. Die Krankheitseinsicht fehlt meist. An somatischen Störungen fallen besonders Schlafstörungen auf.

(Tab.: 4.5)

3.3.6. Syndrome bei Patienten mit paranoider Schizophrenie

Der Aufnahmewert für das paranoid - halluzinatorische Syndrom für Patienten mit paranoider Schizophrenie liegt mit 12,5 weit über dem Mittelwert von 2,5. Gleichzeitig ist dies der höchste Wert im Vergleich mit den entsprechenden Werten der übrigen Diagnosegruppen. Bei Entlassung liegt der Syndromwert mit 4,4 noch erheblich über dem Mittelwert, ist aber im Vergleich zur Aufnahme sehr stark gesunken. Unter den dieses Syndrom bildenden Items sind besonders die Symptome Wahnstimmung, Wahngedanken, systematisierter Wahn, Beziehungswahn, Beeinträchtigungswahn, Verfolgungswahn, Stimmenhören und Depersonalisation häufig und kommen in meist mittlerer und starker Ausprägung vor.

Der Aufnahmewert des depressiven Syndroms liegt mit 3,3 weit unter dem Syndrommittelwert von 7,6 und bei Entlassung ergibt sich für Patienten mit paranoider Schizophrenie ein Wert von 0,9. Die das depressive Syndrom zusammensetzenden AMDP - Items kommen sehr selten vor, nur die Symptome deprimiert, Durchschlafstörungen und Verkürzung der Schlafdauer kommen etwas häufiger vor.

Sämtliche das psychoorganische Syndrom bildenden Items kommen nur selten vor, so daß sich für die Aufnahme ein Wert von 0,6 ausbildet, der unter dem durchschnittlichen Syndromwert von 1,7 liegt. Bei Entlassung sinkt der Wert auf 0,3 ab.

Der Aufnahmewert für das manische Syndrom liegt mit 2,8 über dem Syndrommittelwert von 1,8 und bei Entlassung ergibt sich ein Wert von 0,8. Die das Syndrom zusammensetzenden Items kommen etwa gleich häufig vor, außer dem Symptom motorisch unruhig, das in meist mittlerer Ausprägung bei etwa der Hälfte der Patienten zu finden ist.

Mittlere Häufigkeiten in überwiegend mittelgradiger Ausprägung der AMDP - Items des Hostilitätssyndroms, ergeben einen Wert, der bei Aufnahme mit 5,3 weit über dem durchschnittlichen Syndromwert von 2,7 liegt. Bei Entlassung liegt der ermittelte Wert mit 2,4 etwas unter dem Durchschnitt.

Das vegetative Syndrom kommt sehr selten vor und es ergeben sich für die Aufnahme ein Wert von 0,7 und bei Entlassung ein Wert von 0,1. Beide Werte liegen unter dem Mittelwert von 1,7 für das vegetative Syndrom.

Mit 5,6 als Aufnahmewert für das apathische Syndrom liegt der Wert über dem Syndrommittelwert von 3,7 und bei Entlassung liegt der Wert mit 4,0 noch immer über dem Mittelwert.

Unter den dieses Syndrom zusammensetzenden Symptomen kommen die Items affektarm und sozialer Rückzug häufig in meist mittlerer und schwerer Ausprägung vor.

(Tab.: 4.6)

(Abb.: 3.7 ; Abb.: 3.8)

3.3.7. Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit paranoider Schizophrenie

Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit paranoider Schizophrenie sind in 43 % der Fälle nicht festzustellen. Bei weiteren 27 % sind diesbezüglich keine Angaben erfolgt.

In 30 % geben Patienten eine psychische Erkrankung bei Blutsverwandten an. Diese erkranken in 16 % der Fälle in gleicher Art wie die Patienten, in 9 % in einer anderen Art, in 3 % ist die Art der Erkrankung nicht bestimmbar und in 2 % der Fälle liegt eine Kombination verschiedener Erkrankungen vor.

(Tab.: 4.7)

3.3.8. Erkrankungsdauer der Patienten mit paranoider Schizophrenie

Die Erkrankungsdauer der Patienten mit paranoider Schizophrenie beträgt zwischen 0 und 30 Jahren.

Die meisten Patienten sind weniger als 5 Jahre krank, bei 30 % liegt die Erkrankungsdauer zwischen 5 und 9 Jahren

und bei 15 % zwischen 10 und 14 Jahren. Längere Krankheitsdauer kommt bei 19 % der Patienten vor.

(Tab.: 4.8)

3.4. Diagnosegruppe IV : Schizophrene Episode

Im Untersuchungszeitraum 1983 wird die Diagnose schizophrene Episode bei 45 Patienten gestellt. Damit beträgt die Häufigkeit der schizophrenen Episode in der Klinikpopulation 3 %. In der Gruppe der nicht organischen Psychosen bedeutet dies einen Anteil von 5 %.

In der Gruppe der Schizophrenien ist die Diagnose schizophrene Episode mit 11 % vertreten.

3.4.1. Geschlechtsverteilung

Von den 45 Patienten mit schizophrener Episode sind 29 % Männer und 71 % Frauen. Die Geschlechterrelation stellt sich 1 : 2,5 dar.

(Tab.: 5.1)

3.4.2. Altersverteilung

Das Durchschnittsalter der Patienten mit schizophrener Episode beträgt 30 Jahre.

Behandelt werden Patienten im Alter zwischen 15 und 54 Jahren. Die Altersverteilung zeigt ihr Maximum in der Altersgruppe der 20 bis 24-jährigen und der 25 bis 29-jährigen mit je 22 %. Der Kurvenverlauf läßt sich mit einem steilen Anstieg, einem Gipfelplateau und langsamen Abfall beschreiben.

Das Durchschnittsalter der Männer ist 26 Jahre und liegt mit 5 Jahren unter dem Durchschnittsalter der Frauen von 32 Jahren. Die Altersverteilung der Männer ergibt eine starke Konzentrierung in wenigen Altersgruppen. 54 % der behandelten Männer sind zwischen 20 und 24 Jahren alt, 31 % zwischen 25 und 29 Jahren. Die Altersverteilung der Frauen verläuft von den 15 bis 54-jährigen Patientinnen durch alle Altersgruppen relativ gleichförmig, nur jüngere Altersgruppen sind im Verhältnis zu den älteren etwas stärker repräsentiert.

(Tab.: 5.2)

(Abb.: 4.1 ; Abb.: 4.2)

3.4.3. Aufenthaltsdauer

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten mit schizophrener Episode beträgt 39 Tage. Die Aufenthaltsdauer schwankt zwischen einer und 18 Wochen. Eine deutliche Häufung läßt sich im Behandlungszeitraum 1. bis 7. Woche feststellen, nach dem 76 % der Patienten wieder entlassen sind.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei Männern beträgt 41 Tage, bei Frauen 38 Tage. Die Aufenthaltsverteilungskurven für Männer und Frauen lassen keine großen Unterschiede erkennen, außer daß die Verteilungskurve der Frauen in der 2. mit 5. Woche ihr Maximum aufweist, bei der der Männer dies in der 3. mit 6. Woche der Fall ist.

Bei Vergleich der Diagnosegruppen ist dies eine Aufenthaltsdauer die leicht unter dem Mittelwert von 43 Tagen liegt.

(Tab.: 5.3)

(Abb.: 4.3 ; Abb.: 4.4)

3.4.4. PSB - Werte

Der durchschnittliche PSB der Patienten beträgt bei Aufnahme 30 und bei Entlassung 61. Dies bedeutet eine durchschnittliche Verbesserung von 31. Im Vergleich mit den anderen Diagnosegruppen ist dies die zweitgrößte PSB - Verbesserung. Nur die Patienten mit schizoaffectiver Psychose können eine nur wenig höhere Verbesserung erreichen.

Die Männer mit einem durchschnittlichen Aufnahme - PSB $\pm$ Wert von 29 erreichen bei Entlassung einen Wert von 61, was eine Steigerung um 32 bedeutet. Dies ist die höchste PSB $\pm$ Verbesserung aller Männer der verschiedenen Diagnosegruppen.

Die Frauen mit einem durchschnittlichen Aufnahme - PSB - Wert von 30 erreichen bei der Entlassung einen PSB - Wert von 61, was eine Verbesserung um 31 bedeutet. Dies ist bei den Frauen die dritthöchste Verbesserung.

Bei der Aufnahme haben Patienten der Diagnosegruppe PSB - Werte

zwischen 11 und 70. Einen Aufnahme - PSB - Wert im Bereich zwischen 21 und 30 erreichen 44 % der Patienten und bilden damit den Maximalwert. Einen Wert zwischen 31 und 40 erreichen 31 %. Die übrigen PSB - Gruppen kommen selten vor. Es ergibt sich eine Kurve mit sehr steilem Anstieg und nach dem Maximum gleichmäßigem, weniger steilem Abfall. Bei der Entlassung haben die Patienten der Diagnosegruppe PSB - Werte zwischen 31 und 80. Einen Entlassungs - PSB im Bereich zwischen 61 und 70 erreichen 40 % der Patienten und dies stellt die größte Gruppe dar. Bei Vergleich der Aufnahme- und Entlassungs - PSB - Werte bei Männern und Frauen lassen sich keine großen Unterschiede erkennen.

(Tab.: 5.4)

(Abb.: 4.5 ; Abb.: 4.6)

3.4.5. Symptomatik bei Patienten mit schizophrener Episode

3.4.5.1. Psychischer Befund

B e w u ß t s e i n s störungen kommen nicht vor.

O r i e n t i e r u n g s störungen sind sehr selten und lediglich bei Aufnahme vorhanden.

A u f m e r k s a m k e i t s - und G e d ä c h t n i s störungen kommen am häufigsten in Form von Konzentrationsstörungen bei 69 % der Patienten in mittlerer Ausprägung bei Aufnahme vor und bei 29 % bei Entlassung in leichter Form. Auffassungsstörungen kommen in 24 % der Fälle bei Aufnahme und Merkfähigkeitsstörungen bei 16 % der Patienten vor. Andere Störungen sind selten und Symptome dieser Gruppe werden bei Entlassung, ausgenommen Konzentrationsstörungen sehr selten gefunden.

U n t e r d e n f o r m a l e n D e n k s t ö r u n g e n ist das Symptom inkohärent am häufigsten und bei 47 % der Patienten in einem mittleren Grade zu finden. Bei Aufnahme sind folgende Symptome noch häufig: vorbeireden (38 %), verlangsamt (24 %), eingeengt (24 %) und gesperrt (16 %). Bei Entlassung ist nur noch in wenigen Fällen eine leichte Sympto-

matik zu finden, Weitere Symptome kommen vergleichsweise selten vor.

B e f ü r c h t u n g e n u n d Z w ä n g e

In dieser Symptomgruppe kommt Mißtrauen mittleren Schweregrades bei 51 % der Patienten recht häufig vor. Bei Entlassung verhalten sich noch 13 % der Patienten leicht mißtraulich. Andere Symptome aus dieser Gruppe kommen sehr selten vor.

W a h n

Das häufigste Symptom dieser Gruppe bei Patienten mit schizophrener Episode ist bei 75 % der Fälle eine Wahnstimmung bei Aufnahme. Weiterhin werden bei Aufnahme häufig folgende Symptome gefunden: Verfolgungswahn (69 %), Wahngedanken (62 %), Wahndynamik (56 %), Wahneinfälle (40 %), Wahnwahrnehmung (38 %) und Größenwahn (33 %). Die Symptomatik ist bei Aufnahme überwiegend mittlerer und starker Ausprägung zu finden und bei Entlassung in leichter Form nur noch bei wenigen Patienten festzustellen.

Andere Symptome kommen selten vor.

S i n n e s t ä u s c h u n g e n

Bei Aufnahme geben 33 % der Patienten Stimmenhören an, 20% Illusionen und 16 % Körperhalluzinationen. Die Ausprägung ist überwiegend mittleren Grades. Bei Entlassung wird diese Symptomatik nicht mehr angegeben.

I c h - S t ö r u n g e n kommen bei Aufnahme in Form von Derealisation bei 38 % der Patienten und bei 33 % in Form von Depersonalisation vor. Der Schweregrad wird bei Aufnahme mit mittelgradig angegeben und ist bei wenigen Patienten bei Entlassung nur noch in leichter Symptomatik vorhanden. Weniger häufig kommen die Symptome vor: Gedankenentzug (18 %) und Gedankenausbreitung (13 %).

S t ö r u n g e n d e r A f f e k t i v i t ä t

Das weitaus häufigste Symptom dieser Gruppe ist bei Aufnahme eine starke Ängstlichkeit bei 80 % der Patienten und 42 % der Patienten sind bei Entlassung noch leicht ängstlich. Weitere häufige Symptome sind: innerlich unruhig (67 %), gereizt (49%)

deprimiert (42 %) und affektlabil (38 %). Weniger häufig sind: ratlos (27 %), dysphorisch (26 %), euphorisch (22 %), hoffnungslos (20 %) und affektstarr (16 %). Die Ausprägung bei Aufnahme ist überwiegend mittelgradig, bei Entlassung ist nur noch bei wenigen Patienten eine leichte Symptomatik vorhanden. Andere Symptome sind vergleichsweise selten.

A n t r i e b s- u n d p s y c h o m o t o r i s c h e Störungen

Die häufigsten Symptome bei Aufnahme sind motorisch unruhig bei 51 % der Patienten in leichter und mittlerer Stärke, stark antriebsgesteigert in 38 % der Fälle und stärkerer gehemmter Antrieb ist bei 33 % zu finden. Bei Entlassung schwächt sich die Symptomatik zu einem leichten Ausprägungsgrad ab und die Häufigkeit sinkt auch stark ab, wenngleich antriebsgehemmt bei Entlassung noch 20 % der Patienten sind.

Weniger häufig sind die Symptome mutistisch (18 %), logorrhöisch (22 %), maniert (16 %), die bei Entlassung kaum mehr vorkommen.

C i r c a d i a n e Besonderheiten kommen nur vereinzelt vor.

A n d e r e Störungen :

Bei Aufnahme ist keinerlei Krankheitseinsicht bei 78 % der Patienten vorhanden und bei Entlassung bei noch 24 % in leichter Form. Weiterhin kommen bei Aufnahme folgende Symptome häufig vor : verstärkte Ablenkbarkeit (62 %), Mangel an Krankheitsgefühl (40 %), agitiert (36 %), sozialer Rückzug (38 %), Angstzustände (38 %), Ablehnung der Behandlung (33 %) und Aggressivität (33 %).

Weniger häufig kommen die Symptome vor : Qualitative Abw. des Affekts (31 %), beobachtete Depression (31 %), zerfahrener Denkinhalt (29 %), zerfahrene Sprache (27 %), beobachtete Verlangsamung (27 %), Quant. Abw. des Affekts (24 %), Autismus (24 %), Personenverkenngung (24 %) und Suizidalität (24 %).

Andere Symptome kommen noch seltener vor.

Bei Aufnahme ist die Symptomatik überwiegend mittleren Grades, bei Entlassung leicht und die Häufigkeit hat auf

ein Drittel und weniger der betroffenen Patienten abgenommen.

3.4.5.2. Somatischer Befund

An häufigen Symptomen finden sich bei 53 % der Patienten bei Aufnahme Einschlaf- und Durchschlafstörungen. Bei Entlassung klagen 16 % der Patienten noch über leichte Störungen.

Eine Appetitverminderung ist zum Zeitpunkt der Aufnahme bei 33 % der Patienten festzustellen. Andere Störungen kommen nur selten vor.

3.4.5.3. Zusammenfassung des psychischen und somatischen Befundes

Patienten mit schizophrener Episode haben bei Aufnahme sehr häufig Konzentrationsstörungen, sind im Denken inkohärent, reden vorbei und sind verlangsamt. Ihr Verhalten ist mißtrauisch und eine Wahnstimmung fast immer vorhanden. Verfolgungswahn und Beziehungswahn, mit starker Dynamik bestimmen die Denkinhalte. Häufig kommt Stimmenhören vor, sowie De-realisation und Depersonalisationen. Die Affektlage ist ängstlich, ambivalent und starke innere Unruhe kommt vor. Motorische Unruhe, starke Ablenkbarkeit, Mangel an Krankheitseinsicht und Angstzustände fehlen fast nie. An somatischen Störungen kommen Schlafstörungen sehr oft vor.

(Tab.: 5.5)

3.4.6. Syndrome bei Patienten mit schizophrener Episode

Der Aufnahmewert für das paranoid - halluzinatorische Syndrom für Patienten mit schizophrener Episode liegt mit 11,2 weit über dem Durchschnittswert von 2,5. Bei Entlassung liegt der Syndromwert mit 0,8 erheblich unter dem Durchschnittswert und in dieser Diagnosegruppe liegen die Werte bei Aufnahme und Entlassung bei Vergleich mit anderen Diagnosegruppen am weitesten auseinander.

Unter den dieses Syndrom bildenden Items sind besonders die Symptome Wahnwahrnehmung, Wahneinfall, Wahngedanken, Verfolgungswahn, Beziehungswahn und Stimmenhören häufig, die in meist mittlerer und starker Ausprägung vorkommen.

Der Aufnahmewert des depressiven Syndroms liegt mit 5,9 unter dem Mittelwert von 7,6 und bei Entlassung ergibt sich für die Patienten dieser Diagnosegruppe ein Wert von 1,6. Die das depressive Syndrom zusammensetzenden AMDP - Items kommen sehr selten vor, nur die Symptome deprimiert, Durchschlafstörungen, Verkürzung der Schlafdauer und Früherwachen kommen häufiger vor.

Sämtliche das psychoorganische Syndrom bildenden Items kommen nur selten vor, so daß bei Aufnahme ein Wert von 1,3 sich ergibt, der unter dem Mittelwert von 1,7 liegt. Bei Entlassung sinkt der Wert für das psychoorganische Syndrom bei Patienten mit schizophrener Episode auf einen Wert von 0,1 ab. Bei der Aufnahme ist dies der zweithöchste Wert des psychoorganischen Syndroms im Vergleich mit den Werten der übrigen Diagnosegruppen, da die Symptome Orientierungsstörungen im Vergleich etwas häufiger vorkommen.

Der Aufnahmewert für das manische Syndrom liegt mit 4,0 über dem Mittelwert von 1,8 und bei Entlassung ergibt sich ein Wert von 0,8. Die das Syndrom zusammensetzenden Items kommen etwa gleich häufig vor, außer dem Symptom motorisch unruhig, das in meist mittlerer Ausprägung bei etwa der Hälfte der Patienten zu finden ist. Mittlere Häufigkeiten in überwiegend mittelgradiger Ausprägung, der AMDP - Items des Hostilitätssyndroms, ergeben einen Wert, der bei Aufnahme mit 5,7 weit über dem Mittelwert von 2,7 liegt. Bei Entlassung liegt der ermittelte Wert mit 1,4 deutlich unter dem Mittelwert.

Das vegetative Syndrom kommt sehr selten vor und es ergeben sich für die Aufnahme ein Wert von 0,5 und bei Entlassung von 0,2. Beide Werte liegen unter dem durchschnittlichen Mittelwert von 1,7 für das vegetative Syndrom.

Mit 2,7 als Aufnahmewert für das apathische Syndrom liegt der Wert unter dem Syndrommittelwert von 3,7 und bei Entlassung

liegt der Wert mit 1,1 noch niedriger. Dieser Syndromwert für das apathische Syndrom stellt im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen den niedrigsten Wert dar. Unter den dieses Syndrom zusammensetzenden Symptomen kommen die Items gehemmt, verlangsamt und sozialer Rückzug am häufigsten vor, wengleich auch diese nicht oft vorkommen.

(Tab.: 5.6)

(Abb.: 4.7 ; Abb.: 4.8)

3.4.7. Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit schizophrener Episode

Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit schizophrener Episode sind bei 40 % der Fälle nicht festzustellen. Bei weiteren 31 % sind diesbezüglich keine Angaben erfolgt.

In 29 % geben die Patienten eine psychische Erkrankung bei Blutsverwandten an. Diese erkranken in 7 % der Fälle in der gleichen Art wie die Patienten, in 13 % in einer anderen Art. Die Erkrankungsart ist in 7 % der Fälle nicht bestimmbar und bei 2 % liegt eine Kombination verschiedener Erkrankungen vor.

(Tab.: 5.7)

3.4.8. Erkrankungsdauer der Patienten mit schizophrener Episode

Die Erkrankungsdauer der Patienten mit schizophrener Episode beträgt zwischen 0 und 15 Jahren.

Bei den meisten Patienten (56 %) handelt es sich um die Ersterkrankung. 29 % der Patienten sind seit 1 Jahr krank und 15 % länger als ein Jahr.

(Tab.: 4.8)

3.5. Diagnosegruppe V : Schizophrene Rest- und Defektzustände

Im Untersuchungszeitraum 1983 wird die Diagnose schizophrene Rest - und Defektzustände bei 39 Patienten gestellt. Damit beträgt die Häufigkeit der schizophrenen Rest- und Defektzustände in der Klinikpopulation 2 %.

In der Gruppe der nicht organischen Psychosen bedeutet dies einen Anteil von 5 %.

In der Gruppe der Schizophrenien ist die Diagnose mit 10 % vertreten.

3.5.1. Geschlechtsverteilung

Von den 39 Patienten mit schizophrenen Rest- und Defektzuständen sind 56 % Männer und 44 % Frauen. Die Geschlechterrelation stellt sich 1,3 : 1 dar.

(Tab.: 6.1)

3.5.2. Altersverteilung

Das Durchschnittsalter der Patienten mit schizophrenen Rest- und Defektzuständen beträgt 43 Jahre und stellt im Vergleich zu den übrigen Diagnosegruppen ein mittleres Durchschnittsalter dar.

Behandelt werden Patienten im Alter zwischen 25 und 79 Jahren. 90 % der Patienten sind zwischen 30 und 59 Jahren alt. Das Maximum der Verteilungskurve liegt mit 33 % der Patienten bei den 30 bis 34-jährigen und die 40 bis 44-jährigen machen 21 % aus. Andere Altersgruppen sind weniger häufig. Es ergibt sich eine relativ steil aufsteigende Kurve, die nach dem Höhepunkt ziemlich gleichmäßig abfällt.

Das Durchschnittsalter der Männer mit 46 Jahren liegt mit 6 Jahren über dem Durchschnittsalter der Frauen von 40 Jahren. Bei Vergleich der beiden Altersverlaufskurven zeigt sich bei den Männern eine um 10 Jahre nach vorn verlegte Kurve mit einem sehr starken Maximum und einem ansteigendem Kurven-

abschnitt eine deutliche Unterscheidung zu dem der Frauen.

(Tab.: 6.2)

(Abb.: 5.1 ; Abb.: 5.2)

3.5.3. Aufenthaltsdauer

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten mit schizophrenen Rest- und Defektzuständen beträgt 31 Tage. Die Aufenthaltsdauer schwankt zwischen einer und 20 Wochen. Eine deutliche Häufung läßt sich im Behandlungszeitraum 1. mit 6. Woche feststellen, nachdem 64 % der Patienten wieder entlassen sind.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei Männern beträgt 24 Tage, bei Frauen 41 Tage. Die Aufenthaltsdauer der Männer ist um 17 Tage im Vergleich zu den Frauen erheblich verkürzt. Mit 31 Tagen beträgt die durchschnittliche Verweildauer im Vergleich mit den übrigen Diagnosegruppen am drittkürzesten. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Männer ist die zweitkürzeste und die der Frauen liegt leicht unter dem Gesamtdurchschnitt.

(Tab.: 6.3)

(Abb.: 5.3 ; Abb.: 5.4)

3.5.4. PSB ± Werte

Der durchschnittliche PSB - Wert der Patienten beträgt bei Aufnahme 35 und bei Entlassung 44. Dies bedeutet eine durchschnittliche Verbesserung von 9.

Die Männer mit einem durchschnittlichen Aufnahmewert von 36, erreichen bei Entlassung einen PSB - Wert von 43, was eine Verbesserung um 7 bedeutet.

Die Frauen mit einem durchschnittlichen Aufnahme - PSB - Wert von 35, erreichen bei Entlassung einen Wert von 44, was eine Verbesserung um 9 bedeutet.

Bei der Aufnahme haben die Patienten der Diagnosegruppe PSB - Werte zwischen 11 und 60. Einen Aufnahme - PSB - Wert

im Bereich zwischen 31 und 40 erreichen 49 % der Patienten und bilden damit das Maximum. Die übrigen Patienten verteilen sich auf die angrenzenden PSB - Bereiche.

Bei Entlassung haben die Patienten der Diagnosegruppe PSB - Werte zwischen 21 und 80. Im Bereich zwischen 31 und 40 findet sich eine Gruppe von 26 % der Patienten und PSB - Werte zwischen 41 und 50 stellen die patientenstärkste Gruppe mit 33 % dar. Die übrigen Patienten verteilen sich relativ gleichmäßig auf die restlichen Bewertungsbereiche.

Während des Aufenthalts können der PSB - Wert um 0 bis 29 verbessert werden. Die meisten Patienten (62 %) können den PSB - Wert im Verlauf des Aufenthalts um 0 bis 9 verbessern.

Die Verteilungskurven für Männer und Frauen entsprechen sich sowohl bei Aufnahme wie bei Entlassung.

Die PSB - Steigerung ist in dieser Diagnosegruppe im Vergleich zu den übrigen Gruppen am niedrigsten.

(Tab.: 6.4)

(Abb.: 5.5 ; Abb.: 5.6)

3.5.5. Symptomatik bei Patienten mit schizophrenen Rest- und Defektzuständen

3.5.5.1. Psychischer Befund

B e w u ß t s e i n s störungen kommen nicht vor.

O r i e n t i e r u n g s störungen sind ausgesprochen selten.

A u f m e r k s a m k e i t s- und G e d ä c h t n i s störungen kommen hauptsächlich in Form von Konzentrationsstörungen vor, die bei Aufnahme von 67 % der Patienten in mittlerer Ausprägung angegeben werden. Bei Entlassung ist die Häufigkeit fast unvermindert, aber die Ausprägung ist abgeschwächt.

Starke Auffassungsstörungen geben 41 % an und bei Entlassung 28 %. Andere Symptome dieser Gruppe kommen selten vor.

Unter den f o r m a l e n D e n k s t ö r u n g e n ist bei Aufnahme das Symptom inkohärent mit 49 % der Patienten am häufigsten. Weitere häufig vorkommenden Symptome sind: verlangsamt, umständlich und vorbeireden (44 %), eingeengt (33%)

und gesperrt (31 %).

Andere Symptome kommen selten vor.

Bei Entlassung hat sich die Häufigkeit im Vergleich zur Aufnahme kaum verändert, lediglich hat sich die Symptomatik abgemildert.

B e f ü r c h t u n g e n u n d Z w ä n g e

Aus dieser Gruppe kommt bei Aufnahme und Entlassung bei 33 % der Patienten leicht bis schweres Mißtrauen vor.

W a h n

Auch in dieser Gruppe sind die Häufigkeit der Symptome bei Aufnahme und Entlassung fast unverändert, nur die Symptomatik hat sich etwas abgeschwächt. Am häufigsten in dieser Gruppe findet man Beeinträchtigungs- und verfolgungswahn (56 %), Beziehungswahn (46 %), Wahngedanken (41 %) und Wahndynamik (31 %).

Weniger häufig kommen folgende Symptome vor: systematisierter Wahn (28 %), Wahnstimmung (26 %), Wahneinfall (26 %).

Andere Symptome kommen vergleichsweise selten vor.

S i n n e s t ä u s c h u n g e n

Am häufigsten sind bei Aufnahme bei 26 % der Patienten das Symptom Stimmenhören und bei 13 % Körperhalluzinationen.

Bei Entlassung kommen die Symptome etwas weniger häufig vor und sind abgeschwächt.

I c h - S t ö r u n g e n

Ich- Störungen kommen nicht oft vor, wobei bei 10 % der Patienten Gedankenausbreitung festgestellt wird, welches noch am häufigsten in dieser Gruppe vorkommt.

S t ö r u n g e n d e r A f f e k t i v i t ä t

Auch hier ist in der Häufigkeit bei Aufnahme und Entlassung kein Unterschied festzustellen, jedoch hat der Schweregrad vielfach nachgelassen.

Das häufigste Symptom dieser Gruppe ist affektstarr und kommt bei 69 % der Patienten vor. Weitere sehr oft vorkommende Symptome sind: affektarm (67 %), Parathymie (51 %) Depression (46 %), Ängstlich (36 %), gereizt und innerlich unruhig (33 %) sowie euphorisch (23 %).

Andere Symptome kommen seltener vor.

A n t r i e b s- und p s y c h o m o t o r i s c h e Störungen Mittelgradig und schwer antriebsarm sind 64 % der Patienten bei Aufnahme und 67 % bei Entlassung. Mantriert erscheinen bei Aufnahme 26 %, ebensoviele sind motorisch unruhig. Leichte bis starke Antriebssteigerung findet man bei Aufnahme bei 23 % der Patienten, bei Entlassung bei 13 %. Die übrigen Symptome kommen bei Aufnahme und Entlassung vergleichsweise selten vor.

C i r c a d i a n e B e s o n d e r h e i t e n kommen nicht vor.

A n d e r e S t ö r u n g e n

Das häufigste Symptom dieser Gruppe ist bei 72 % der Patienten in meist mittlerer Ausprägung der soziale Rückzug, der bei Entlassung fast unverändert besteht.

Weitere recht häufig vorkommende Symptome sind: anhaltender Aktivitätsverlust (54 %), Quantitative Abw. des Affekts (54 %), qualitative Abw. des Affekts (51 %), verlangsamt (46 %), Ablenkbarkeit (46 %), Mangel an Krankheitseinsicht (49 %). Weniger häufig sind die Symptome : Autismus (36 %), Mangel an Krankheitsgefühl (31 %), zerfahrene Sprache (31 %), zerfahrene Denkinhalte (31 %), beobachtete Depression (31 %), flache Euphorie (26 %) und Aggressivität (25 %).

Andere Symptome kommen relativ selten vor. Die Symptomatik ist bei Aufnahme überwiegend mittelgradig und bei Entlassung hat die Häufigkeit nur leicht abgenommen oder auch bei einigen Symptomen zugenommen. Der Ausprägungsgrad bleibt oftmals ebenfalls unbeeinflussbar.

3.5.5.2. Somatischer Befund

Am häufigsten werden von Patienten mit schizophrenen Rest- und Defektzuständen bei Aufnahme Einschlafstörungen von 44 % der Patienten und Durchschlafstörungen von 26 % der Patienten angegeben. Bei Entlassung hat sich die Symptomatik deutlich abgeschwächt. Weiter geben 23 % der Patienten bei Aufnahme eine Appetitverminderung an. Andere Symptome kommen nur vereinzelt vor.

3.5.5.3. Zusammenfassung des psychischen und somatischen Befundes

Die meisten Symptome sind in ihrer Häufigkeit bei Aufnahme und Entlassung gleich, nehmen gelegentlich leicht zu. Lediglich ihre Ausprägung nimmt während des Aufenthaltes leicht ab. Die Patienten mit schizophrenen Rest- und Defektzuständen zeigen fast immer Konzentrationsstörungen und Auffassungsstörungen, sind im Denken inkohärent, verlangsamt, umständlich und reden vorbei. An inhaltlichen Störungen des Denkens kommen Verfolgungswahn, Beziehungswahn und Wahngedanken vor. Stimmenhören tritt gelegentlich auf und es fallen besonders die Störungen des Affekts auf. Parathymie, Affektstarre und Affektarmut sind fast immer vorhanden. Der Antrieb ist erheblich reduziert und sozialer Rückzug fehlen nie. Ein Aktivitätsverlust, Verlangsamung und Ablenkbarkeit kommen meist vor.

(Tab.: 6.5)

3.5.6. Syndrome bei Patienten mit schizophrenen Rest- und Defektzuständen

Der Aufnahmewert für das paranoid - halluzinatorische Syndrom für Patienten mit schizophrenen Rest- und Defektzuständen liegt mit 6,8 weit über dem Mittelwert von 2,5. Bei der Entlassung liegt der Wert mit 3,7 noch über dem Mittelwert, ist aber im Vergleich zur Aufnahme um die Hälfte gesunken. Der Aufnahmewert stellt den zweitniedrigsten Wert im Vergleich mit den anderen Diagnosegruppen dar. Unter den dieses Syndrom bildenden Items sind besonders die Syndrome Wahnstimmung, Wahngedanken, Beziehungswahn, Verfolgungswahn und Stimmenhören, die in meist mittlerer Ausprägung vorkommen.

Der Aufnahmewert des depressiven Syndroms liegt mit 2,9 weit unter dem Mittelwert von 7,6 und bei Entlassung ergibt sich für Patienten mit schizophrenen Rest- und Defektzuständen ein Wert von 1,0. Die das depressive Syndrom zusammensetzenden AMDP - Items kommen sehr selten vor, nur das

Symptom deprimiert kommt häufiger vor.

Sämtliche das psychoorganische Syndrom bildenden Items kommen nur selten vor, so daß bei Aufnahme ein Wert von 1,2 sich ausbildet, der unter dem durchschnittlichen Syndromwert von 1,7 liegt. Bei Entlassung sinkt der Wert für das psychoorganische Syndrom bei Patienten mit schizophrenen Rest- und Defektzuständen auf einen Wert von 0,8 ab.

Der Aufnahmewert für das manische Syndrom liegt mit 1,6 unter dem Syndrommittelwert von 1,8 und bei Entlassung ergibt sich ein Wert von 0,9. Die das Syndrom zusammensetzenden Items kommen etwa gleich häufig vor.

Mittlere Häufigkeiten in überwiegend mittelgradiger Ausprägung, der AMDP $\pm$ Items des Hostilitätssyndroms, ergeben einen Wert, der bei Aufnahme mit 4,3 erheblich über dem Syndrommittelwert von 2,7 liegt. Bei Entlassung liegt der ermittelte Wert mit 2,9 noch immer über dem Mittelwert, obwohl eine Abschwächung erfolgt.

Das vegetative Syndrom kommt sehr selten vor und es ergeben sich für die Aufnahme ein Wert von 0,2 und bei Entlassung von 0,0. Beide Werte liegen weit unter dem Mittelwert von 1,7.

Mit 8,0 als Aufnahmewert für das apathische Syndrom, liegt der Wert weit über dem durchschnittlichen Syndrommittelwert von 3,7 und bei Entlassung liegt der Wert mit 6,4 noch immer weit über dem Durchschnitt. Diese Werte für das apathische Syndrom sind bei Aufnahme der zweithöchste und bei Entlassung der höchste Wert bei Vergleich der Diagnosegruppen. Unter den dieses Syndrom zusammensetzenden Symptomen kommen die Items affektarm, affektstarr, antriebsarm und sozialer Rückzug häufig, in meist mittlerer und schwerer Ausprägung vor.

(Tab.: 6.6)

(Abb.: 5.7 ; Abb.: 5.8)

3.5.7. Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit schizophrenen Rest- und Defektzuständen

Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsver-

wandten der Patienten mit schizophrenen Rest- und Defektzuständen sind in 41 % der Fälle nicht feststellbar. Bei weiteren 44 % der Fälle sind diesbezügliche Angaben nicht erfolgt.

In 15 % geben die Patienten eine psychische Erkrankung bei Blutsverwandten an. Diese erkranken in 10 % der Fälle in einer von der Erkrankung des Patienten anderen Art und bei 5 % ist die Erkrankungsart nicht bestimmbar. Erkrankungen gleicher Art werden nicht angegeben.

(Tab.: 6.7)

3.5.8. Erkrankungsdauer der Patienten mit schizophrenen Rest- und Defektzuständen

Die Erkrankungsdauer der Patienten mit schizophrenen Rest- und Defektzuständen beträgt zwischen 4 und 30 Jahren. Die meisten Patienten (52 %) sind zwischen 5 und 14 Jahren krank. Patienten die länger als 20 Jahre krank sind machen einen Anteil von 23 % aus.

(Tab.: 6.8)

3.6. Diagnosegruppe VI : Schizoaffective Psychose

Im Untersuchungszeitraum 1983 wird die Diagnose schizoaffective Psychose bei 127 Patienten gestellt. Damit beträgt die Häufigkeit der schizoaffectiven Psychose in der Klinikpopulation 8 %.

In der Gruppe der nicht organischen Psychosen bedeutet dies einen Anteil von 15 %.

In der Gruppe der Schizophrenien ist dies die häufigste Diagnose mit 32 %.

3.6.1. Geschlechtsverteilung

Von den Patienten mit schizoaffectiver Psychose sind 21 % Männer und 79 % Frauen. Die Geschlechterrelation stellt sich 1 : 3,9 dar.

(Tab.: 7.1)

3.6.2. Altersverteilung

Das Durchschnittsalter der Patienten mit schizoaffectiver Psychose beträgt 37 Jahre.

Behandelt werden Patienten im Alter zwischen 15 und 69 Jahren. Die Altersverteilung der Diagnosegruppe ist durch einen zweigipfligen Verlauf gekennzeichnet. Die Maxima befinden sich mit 18 % bei den 25 bis 29-jährigen und mit 20 % bei den 40 bis 44-jährigen.

Es ergibt sich ein Kurvenverlauf, der relativ rasch ansteigt, das erste Maximum erreicht, einen nicht sehr großen Einbruch bis zum zweiten Maximum zeigt und danach wieder abfällt.

Das Durchschnittsalter der Männer liegt mit 35 Jahren nur wenig niedriger als das Durchschnittsalter der Frauen mit 37 Jahren.

Bei Vergleich der Altersverteilungskurven von Männern und Frauen fällt auf, daß die der Männer der Gesamtkurve im

Profil entspricht. Die der Frauen zeigt einen langsamen Anstieg, deren Maximum mit dem zweiten Gipfel in der Gesamtverteilung übereinstimmt und im Vergleich zu den Männern der Diagnosegruppe um 15 Jahre später die höchsten Patientenzahlen zeigt.

(Tab.: 7.2)

(Abb.: 6.1 ; Abb.: 6.2)

3.6.3. Aufenthaltsdauer

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten mit schizoaffektiver Psychose beträgt 44 Tage. Die Aufenthaltsdauer schwankt zwischen einer und 21 Wochen. Eine deutliche Häufung läßt sich im Behandlungszeitraum 2. mit 9. Woche feststellen, nach dem 79 % der Patienten wieder entlassen sind. Die restlichen Patienten verteilen sich mit abnehmender Häufigkeit auf den übrigen Zeitraum.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei Männern beträgt 55 Tage, bei Frauen 42 Tage. Die Aufenthaltszeit der Männer ist um 13 Tage, im Vergleich zu den Frauen, erheblich verlängert.

Im Vergleich zu den übrigen Diagnosegruppen zeigt sich eine mittlere Verweildauer. Die durchschnittliche Verweildauer der Männer mit 55 Tagen ist die drittlängste und die Frauen dieser Diagnosegruppe mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 40 Tagen liegen leicht unter dem Gesamtmittelwert der Frauen.

(Tab.: 7.3)

(Abb.: 6.3 ; Abb.: 6.4)

3.6.4. PSB - Werte

Der durchschnittliche PSB - Wert der Patienten beträgt bei Aufnahme 31 und bei Entlassung 62. Dies bedeutet eine durchschnittliche Verbesserung von 31.

Die Männer mit einem durchschnittlichen Aufnahme - PSB - Wert

von 28, erreichen bei Entlassung einen PSB - Wert von 61, was eine Verbesserung um 32 bedeutet.

Die Frauen mit einem durchschnittlichen Aufnahmewert von 35 erreichen bei Entlassung einen Wert von 63, was eine Verbesserung um 32 bedeutet.

Bei Aufnahme haben Patienten der Diagnosegruppe PSB - Werte zwischen 11 und 70. Einen PSB - Wert bei Aufnahme im Bereich zwischen 31 und 40 erreichen 45 % der Patienten, und bilden damit das Maximum. Mit einem PSB - Wert zwischen 21 und 30 werden 34 % und mit einem Wert zwischen 41 und 50 werden 14 % der Patienten aufgenommen. Mit anderen Aufnahme - PSB - Werten gibt es nur ganz wenige Patienten.

Bei Entlassung haben Patienten der Diagnosegruppe PSB - Werte zwischen 31 und 80. Mit einem PSB - Wert bei Entlassung im Bereich zwischen 61 und 70 werden die meisten Patienten (48 %) entlassen. Die restlichen Patienten werden mit PSB - Werten der angrenzenden PSB - Bereiche entlassen.

Während des Aufenthalts können die PSB um 0 bis 49 verbessert werden. Die meisten Patienten (26 %) können den PSB - Wert im Verlauf des Aufenthalts um 30 bis 39 verbessern. 28 % der Patienten können eine Verbesserung um 40 bis 49 und 24 % um 20 bis 29 erreichen.

Die PSB - Steigerung ist in dieser Diagnosegruppe am höchsten bei Vergleich mit den übrigen Diagnosegruppen, nur die Patienten mit schizophrener Episode können eine ähnliche Steigerung während des Aufenthalts erzielen.

(Tab.: 7.4)

(Abb.: 6.5 ; Abb.: 6.6)

3.6.5. Symptome bei Patienten mit schizoaffektiver Psychose

3.6.5.1. Psychischer Befund

Bewusstseinsstörungen kommen nur ganz vereinzelt vor.

Orientierungsstörungen kommen sehr selten und in leichter Ausprägung bei Aufnahme vor.

Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen kommen hauptsächlich in Form von Konzentrationsstörungen vor, die bei Aufnahme bei 75 % der Patienten in meist mittlerer Ausprägung vorkommen und bei 37 % der Patienten bei Entlassung noch leichte Symptomatik vorhanden ist. Weniger oft kommen die Symptome Merkfähigkeitsstörungen (21 %) und Auffassungsstörungen (20 %) bei Aufnahme vor. Bei Entlassung ist nur noch vereinzelt eine leichte Symptomatik zu finden. Unter den formalen Denkstörungen kommt bei Aufnahme das Symptom inkohärent am häufigsten bei 53 % in mittlerer und schwerer Ausprägung vor.

Weitere häufige Symptome bei Aufnahme sind : vorbeireden (39 %), verlangsamt (25 %), eingeengt (26 %), ideenflüchtig (23 %).

Seltene Symptome sind: gesperrt (17 %), gehemmt (13 %), Grübeln (13 %) und Gedankendrängen (11 %).

Bei Aufnahme ist die Symptommhäufigkeit durchwegs sehr gering, bei leichter Ausprägung.

Befürchtungen und Zwänge

Mittelgradiges Mißtrauen ist bei Aufnahme bei 37 % der Patienten zu beobachten und bei 11 % der Patienten noch leicht bei Entlassung.

Andere Symptome dieser Gruppe sind selten.

Wahn

Das häufigste Symptom dieser Gruppe ist bei Aufnahme "Wahngedanken" bei 62 % der Patienten. Weitere sehr häufig vorkommende Symptome sind Wahnstimmung (60 %), Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn (51 %), Beziehungswahn (48 %), Wahndynamik (55 %) und Wahneinfälle (39 %).

Seltener kommen die Symptome bei Aufnahme vor: Größenwahn (28 %), andere Wahninhalte (17 %) und systematisierter Wahn (14 %).

Bei Aufnahme ist die Symptomatik überwiegend mittelgradig und bei Entlassung wird selten eine leichte Symptomatik bei mehr als 5 % der Patienten bemerkt.

Sinnesstörungen kommen nur bei Aufnahme

in Form von Stimmenhören bei 26 % der Fälle und bei 9 % Körperhalluzinationen vor. Andere Symptome kommen vergleichsweise selten vor.

I c h - S t ö r u n g e n sind nicht sehr häufig. Bei 19 % liegen mittelgradige Derealisationen vor und bei 17 % Depersonalisationen. Bei Entlassung wird keine Symptomatik mehr beobachtet. Andere Symptome sind selten.

S t ö r u n g e n d e r A f f e k t i v i t ä t

Bei Aufnahme wird bei 63 % der Patienten eine stark ängstliche Stimmungslage beobachtet. Weitere häufige Symptome dieser Gruppe sind: innerlich unruhig (60 %), gereizt (55 %), Depression (47 %), Affektlabilität (43 %), dysphorisch (36 %) und ambivalent (35 %).

Weniger oft kommen vor: euphorisch (34 %), ratlos (28 %), affektstarr (25 %), gesteigertes Selbstwertgefühl (25 %), Insuffizienzgefühl (23 %), Schuldgefühle (17 %), Parathymie (17 %) und hoffnungslos (15 %).

Bei Aufnahme ist die Symptomatik überwiegend mittelgradig und schwer bei Entlassung ist eine leichte Symptomatik bei nur einem Viertel der betroffenen Patienten vorhanden.

Andere Symptome kommen nicht vor.

A n t r i e b s- u n d p s y c h o m o t o r i s c h e S t ö r u n g e n

Bei Aufnahme das häufigste Symptom ist starke motorische Unruhe bei 65 % der Patienten. Weiterhin häufig sind bei Aufnahme die Symptome: Steigerung des Antriebs (51 %), antriebsgehemmt (31 %), logorroisch (28 %).

Bei Entlassung hat sich die Symptomatik deutlich abgeschwächt und ist bei ca. 10 % der Patienten noch leicht vorhanden.

Andere Symptome kommen vergleichsweise selten vor.

C i r c a d i a n e B e s o n d e r h e i t e n kommen selten vor, mit 7 % der Patienten, die morgens schlechteres Befinden angeben. Andere Symptome kommen noch seltener vor.

A n d e r e S t ö r u n g e n

Das häufigste Symptom dieser Gruppe ist eine meist mittelgradige Ablenkbarkeit bei 63 % der Patienten bei Aufnahme. Weiterhin sehr häufig kommen folgende Symptome bei Aufnahme

vor: Mangel an Krankheitseinsicht (45 %), Aggressivität (39 %), Mangel an Krankheitsgefühl (34 %), sozialer Rückzug (32 %), soziale Umtriebigkeit (32 %), zerfahrenes Denken (28 %), agitiert (27 %), beobachtete Depression (24 %), vertrauliche Distanzlosigkeit (27 %), qualitative Abw. des Affekts (24 %), quantitative Abw. des Affekts (23 %), zerfahrene Sprache (21 %), Suizidalität (23 %), beobachtete Verlangsamung (21 %) und gehobene Stimmungslage während der Untersuchung (21 %).

Bei Entlassung hat sich der Schweregrad der Symptome deutlich abgeschwächt und die Symptommhäufigkeit liegt durchwegs unter 10 %. Weitere Symptome werden selten beobachtet.

3.6.5.2. Somatischer Befund

Am häufigsten kommen in meist mittlerer Ausprägung Einschlafstörungen bei 54 % der Patienten und Durchschlafstörungen bei 58 % der Patienten vor. Bei Entlassung kommen diese Symptome nur noch bei 6 bzw. 12 % vor.

Eine Appetitverminderung geben 24 % der Patienten bei Aufnahme an und nur noch vereinzelt Patienten geben Beschwerden bei Entlassung an.

Andere somatische Beschwerden werden nur von einzelnen Patienten angegeben.

3.6.5.3. Zusammenfassung des psychischen und somatischen Befundes

Die meisten Symptome sind bei Aufnahme in meist mittlerer Ausprägung vorhanden und fehlen bei Entlassung ganz oder haben an Häufigkeit sehr stark abgenommen und sind nur noch leicht ausgeprägt vorhanden.

Die Patienten mit schizoaffectiven Psychosen zeigen fast immer Konzentrationsstörungen und häufig kommen Störungen der Merkfähigkeit und der Auffassung hinzu. Im Denken sind die meisten Patienten inkohärent und reden vorbei. Miß-

trauisch sind die meisten und Wahnstimmung sowie Wahn-
gedanken mit meist Verfolgungsideen sind häufig. Stimmenhören
und Derealisationen kommen bei vielen Patienten vor.
Im Affekt sind die meisten Patienten ängstlich, innerlich
unruhig, gereizt und affektlabil. Oft kommt es zu einer
Antriebssteigerung und einer motorischen Unruhe. Krankheits-
einsicht fehlt meist und eine erhöhte Ablenkbarkeit fällt
auf.

An somatischen Störungen treten besonders die Schlafstörungen
hervor. Insgesamt zeigt sich ein sehr buntes Bild mit der
vollen Breite der Symptomatik.

(Tab.: 7.5)

3.6.6. Syndrome bei Patienten mit schizoaffectiver Psychose

Der Aufnahmewert für das paranoid - halluzinatorische Syndrom
für Patienten mit schizoaffectiver Psychose liegt mit 8,8
weit über dem Durchschnittswert von 2,5. Bei der Entlassung
liegt der Syndromwert mit 0,4 weit unter dem Mittelwert und
dies stellt die zweitgrößte Differenz der Aufnahme- und Ent-
lassungswerte dar, nur bei Patienten mit schizoaffectiver
Episode ist ein noch größerer Unterschied. Unter den dieses
Syndrom bildenden Items sind besonders die Symptome Wahnwahrnehmung
Wahneinfall, Wahngedanken, Verfolgungswahn, Beziehungswahn
und Stimmenhören häufig, die in meist mittlerer Ausprägung
vorkommen.

Der Aufnahmewert des depressiven Syndroms liegt mit 6,5
etwas unter dem Mittelwert von 7,6 und bei Entlassung
ergibt sich für Patienten mit schizoaffectiven Psychosen
ein Wert von 1,0. Die das depressive Syndrom zusammensetzenden
AMDP - Items kommen etwa gleich häufig vor.

Sämtliche das psychoorganische Syndrom bildenden Items
kommen nur selten vor, so daß bei Aufnahme ein Wert von
1,0 sich ergibt, der unter dem Mittelwert von 1,7 liegt.
Bei Entlassung sinkt der Wert für das psychoorganische
Syndrom bei Patienten mit schizoaffectiver Psychosen auf
einen Wert von 0,2 ab.

Der Aufnahmewert für das manische Syndrom liegt mit 5,6 erheblich über dem durchschnittlichen Syndromwert von 1,8 und bei Entlassung ergibt sich ein Wert von 0,8. Die das Syndrom zusammensetzenden Items kommen etwa gleichhäufig vor, außer den Symptomen motorisch unruhig und antriebsgesteigert, die in meist mittlerer Ausprägung bei der Hälfte der Patienten zu finden ist.

Mittlere Häufigkeiten in überwiegend mittelgradiger Ausprägung, der AMDP - Items des Hostilitätssyndroms ergeben einen Wert, der bei Aufnahme mit 5,3 weit über dem Mittelwert von 2,7 liegt. Bei Entlassung liegt der ermittelte Wert mit 1,0 unterhalb.

Das vegetative Syndrom kommt sehr selten vor und es ergeben sich für die Aufnahme ein Wert von 0,4 und bei Entlassung ein Wert von 0,1. Beide Werte liegen unter dem Mittelwert von 1,7 für das vegetative Syndrom.

Mit 3,0 als Aufnahmewert für das apathische Syndrom, liegt der Wert unter dem durchschnittlichen Mittelwert von 3,7 und bei der Entlassung liegt der Wert mit 1,0 noch niedriger als bei Aufnahme. Unter den dieses Syndrom zusammensetzenden Symptomen kommen die Items verlangsamt und sozialer Rückzug am häufigsten vor.

(Tab.: 7.6)

(Abb.: 6.7 ; Abb.: 6.8)

3.6.7. Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit schizoaffectiver Psychose

Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit schizoaffectiver Psychose sind in 35 % der Fälle nicht feststellbar. Bei weiteren 28 % sind diesbezügliche Angaben nicht erfolgt.

In 38 % geben die Patienten eine psychische Erkrankung bei Blutsverwandten an. Diese erkranken in 13 % der Fälle in der gleichen Art wie die Patienten und mit der gleichen Häufigkeit liegt eine Erkrankungsart anderer Art vor.

Die Erkrankungsart ist in 11 % der Fälle nicht bestimmbar.

(Tab.: 7.7)

3.6.8. Erkrankungsdauer der Patienten mit schizoaffektiver Psychose

Die Erkrankungsdauer der Patienten mit schizoaffektiver Psychose beträgt zwischen 0 und 30 Jahren.

Die meisten Patienten (64 %) sind zwischen 0 und 9 Jahren krank, wobei die höchsten Patientenzahlen mit einer Erkrankungsdauer von 2, 4 und 7 Jahren gefunden werden. Ab dem 9. Erkrankungsjahr nimmt die Häufigkeit der Patienten kontinuierlich ab.

(Tab.: 7.8)

3.7. Diagnosegruppe VII : Andere Schizophrenieformen und nicht näher bezeichnete Schizophrenieformen

Im Untersuchungszeitraum 1983 werden die Diagnosen andere Schizophrenieformen und nicht näher bezeichnete Schizophrenieformen bei 25 Patienten gestellt. Damit beträgt die Häufigkeit dieser Diagnosen in der Klinikpopulation 2 %.

In der Gruppe der nicht organischen Psychosen bedeutet dies einen Anteil von 3 %.

In der Gruppe der Schizophrenien ist die Diagnose mit 6 % vertreten.

3.7.1. Geschlechtsverteilung

Von den 25 Patienten mit anderen Schizophrenieformen und nicht näher bezeichneten Schizophrenieformen sind 52 % Männer und 48 % Frauen. Die Geschlechterrelation stellt sich 1,1 : 1 dar.

(Tab.: 8.1)

3.7.2. Altersverteilung

Das Durchschnittsalter der Patienten mit anderen Schizophrenieformen und nicht näher bezeichneten Schizophrenieformen beträgt 31 Jahre und stellt im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen das zweitniedrigste Durchschnittsalter dar.

Behandelt werden Patienten im Alter zwischen 15 und 59 Jahren. 84 % der Patienten sind zwischen 20 und 44 Jahren alt. Nur ganz wenige Patienten finden sich in den anderen Altersstufen.

Das Durchschnittsalter der Männer mit 28 Jahren liegt mit 5 Jahren unter dem Durchschnittsalter der Frauen von 33 Jahren.

Bei Vergleich der beiden Altersverläufe fällt das scharf ausgeprägte Maximum und eine Betonung der jüngeren Altersstufen bei den Männern im Unterschied zu den Frauen auf.

(Tab.: 8.2)

(Abb.: 7.1 ; Abb.: 7.2)

3.7.3. Aufenthaltsdauer

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten mit anderen Schizophrenieformen und nicht näher bezeichneten Schizophrenieformen beträgt 43 Tage. Die Aufenthaltsdauer schwankt zwischen einer und 20 Wochen. Eine deutliche Häufung läßt sich im Behandlungszeitraum 1. mit 6. Woche feststellen, nach dem 64 % der Patienten wieder entlassen sind. Die restlichen Patienten verteilen sich auf die 7. bis 20. Woche mit je 4 % der Patienten.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei Männern beträgt 46 Tage, bei Frauen 40 Tage.

Mit 43 Tagen stellt die durchschnittliche Verweildauer im Vergleich mit den übrigen Diagnosegruppen einen Wert in der Mitte dar. Die Durchschnittsaufenthaltszeit der Männer und der Frauen weichen nur wenig vom Gesamtdurchschnittswert ab.

(Tab.: 8.3)

(Abb.: 7.3 ; Abb.: 7.4)

3.7.4. PSB - Werte

Der durchschnittliche PSB - Wert der Patienten beträgt bei Aufnahme 33 und bei Entlassung 50. Dies bedeutet eine durchschnittliche Verbesserung von 17.

Die Männer mit einem durchschnittlichen Aufnahmewert von 36 erreichen bei Entlassung einen PSB - Wert von 55, was eine Verbesserung um 19 bedeutet.

Die Frauen mit einem durchschnittlichen Aufnahme - PSB - Wert von 29 erreichen bei Entlassung einen Wert von 44, was eine Verbesserung um 15 bedeutet. Die Frauen können

bei erniedrigtem Aufnahmewert während des Aufenthalts den PSB - Wert weniger stark als die Männer der Diagnosegruppe verbessern und werden mit einem Wert, der durchschnittlich um 10 niedriger liegt als der der Männer, entlassen.

Bei Aufnahme haben die Patienten der Diagnosegruppe PSB - Werte zwischen 11 und 70. Einen Aufnahme - PSB - Wert im Bereich zwischen 21 und 30 erreichen 32 % der Patienten und das Maximum mit 40 % der Patienten einen Wert zwischen 31 und 40.

Bei Entlassung haben die Patienten der Diagnosegruppe PSB - Werte zwischen 11 und 70. Einen PSB - Wert zwischen 41 und 50 erreichen 36 % der Patienten und bilden das Maximum der Verteilung.

Während des Aufenthalts kann der PSB - Wert um 0 bis 49 verbessert werden und bei einem Patienten kommt es zu einer Verschlechterung. Die meisten Patienten können den PSB - Wert im Verlauf des Aufenthalts um 20 bis 29 verbessern, eine Gruppe von Patienten die 32 % ausmachen. 20 % der Patienten erreichen eine Anhebung um 0 bis 9 und 24 % um 10 bis 19.

Die Kurven für Männer und Frauen entsprechen sich bei Aufnahme ungefähr aber bei Entlassung fällt eine Verschiebung der patientenstärksten Gruppen in unterschiedliche PSB - Bereiche auf, höhere für Männer und niedrigere für Frauen.

Die PSB - Steigerung ist in dieser Diagnosegruppe im Vergleich zu den übrigen Gruppen eine mittlere.

(Tab.: 8.4)

(Abb.: 7.5 ; Abb.: 7.6)

3.7.5. Symptomatik bei Patienten mit anderen Schizophrenie- phrenieformen und nicht näher bezeichneten Schizo- phrenieformen

3.7.5.1. Psychische Störungen

B e w u ß t s e i n s s t ö r u n g e n u n d O r i e n t i e r -
u n g s s t ö r u n g e n k o m m e n n i c h t v o r .

A u f m e r k s a m k e i t s - u n d G e d ä c h t n i s -
s t ö r u n g e n k o m m e n b e i A u f n a h m e h a u p t s ä c h l i c h i n F o r m
m i t t e l g r a d i g e n K o n z e n t r a t i o n s s t ö r u n g e n b e i 64 % d e r P a t -
i e n t e n v o r , d i e b e i 56 % b e i E n t l a s s u n g n o c h i n l e i c h t e r
F o r m v o r k a m e n . W e i t e r h i n k o m m e n b e i A u f n a h m e v o r :
M e r k f ä h i g k e i t s s t ö r u n g e n (20 %) u n d A u f f a s s u n g s s t ö r u n g e n
(16 %) .

D i e S y m p t o m h ä u f i g k e i t h a t w ä h r e n d d e s K l i n i k a u f e n t h a l t s
n u r w e n i g a b g e n o m m e n , j e d o c h d e r S c h w e r e g r a d h a t s i c h
a b g e s c h w ä c h t .

U n t e r d e n f o r m a l e n D e n k s t ö r u n g e n
i s t d a s S y m p t o m v e r l a n g s a m t b e i A u f n a h m e a m h ä u f i g s t e n
b e i 44 % d e r P a t i e n t e n . W e i t e r e b e i A u f n a h m e h ä u f i g
v o r k o m m e n d e S y m p t o m e s i n d : v o r b e i r e d e n (28 %) , e i n g e -
e n g t (24 %) u n d G r ü b e l n (16 %) . B e i E n t l a s s u n g h a t
d i e S y m p t o m a t i k a n H ä u f i g k e i t u n d A u s p r ä g u n g l e i c h t a b g e -
n o m m e n .

B e f ü r c h t u n g e n u n d Z w ä n g e
M i t t e l g r a d i g e s M i ß t r a u e n i s t b e i 52 % d e r P a t i e n t e n b e i
A u f n a h m e a n z u t r e f f e n u n d n o c h l e i c h t b e i 32 % b e i E n t -
l a s s u n g . A n d e r e S y m p t o m e k o m m e n n u r v e r e i n z e l t v o r .

W a h n

B e i A u f n a h m e s i n d b e i 60 % d e r P a t i e n t e n e i n m i t t e l g r a d i g e r
V e r f o l g u n g s - u n d B e e i n t r ä c h t i g u n g s w a h n f e s t z u s t e l l e n , d e r
b e i E n t l a s s u n g b e i n o c h 32 % d e r P a t i e n t e n w e i t e r b e s t e h t .
W e i t e r h i n k o m m e n f o l g e n d e S y m p t o m e h ä u f i g v o r : B e -
z i e h u n g s w a h n (52 %) , W a h n g e d a n k e n (44 %) , W a h n s t i m m u n g
(40 %) , W a h n d y n a m i k (40 %) u n d W a h n w a h r n e h m u n g (28 %) .
A n d e r e S y m p t o m e k o m m e n s e l t e n v o r . B e i E n t l a s s u n g h a t d i e
S y m p t o m a t i k m e i s t n u r w e n i g n a c h g e l a s s e n , j e d o c h d e r S c h w e r e -
g r a d s i c h a b g e s c h w ä c h t .

S i n n e s t ä u s c h u n g e n

Bei Aufnahme geben 48 % der Patienten Stimmenhören an und 16 % Körperhalluzinationen, bei Entlassung 20 % bzw. 12 %. Andere Symptome sind sehr selten.

I c h - S t ö r u n g e n sind nicht häufig und das häufigste Symptom dieser Gruppe ist bei 28 % Gedankeneingebung zum Zeitpunkt der Aufnahme. Andere Ich-Störungen finden sich bei 20 % und bei 16 % der Patienten werden Depersonalisationserscheinungen angegeben. Bei Entlassung ist die Symptomenhäufigkeit deutlich gesunken.

S t ö r u n g e n d e r A f f e k t i v i t ä t

Das häufigste Symptom dieser Gruppe ist innerlich unruhig, das bei 68 % der Patienten vorkommt und bei 40 % noch bei Entlassung in leichter Form fortbesteht. Weitere häufige Symptome bei Aufnahme sind: ängstlich (64 %), affektarm (48 %), affektstarr (48 %), Depression (40 %), gereizt (40 %), Ambivalenz (32 %) und Parathymie (32 %). Alle übrigen Störungen kommen selten vor.

Bei Entlassung hat die Häufigkeit nur gering abgenommen.

A n t r i e b s - u n d p s y c h o m o t o r i s c h e Störungen

Viele Patienten sind bei Aufnahme mittelgradig antriebsarm. (52 %), und bei Entlassung sind dies 56 % der Patienten. 48 % der Patienten zeigen bei Aufnahme leichte bis schwere motorische Unruhe und bei Entlassung sind noch 12 % motorisch unruhig. Bei Aufnahme sind 28 % mittelgradig maniert und bei Entlassung sind dies 20 %. Mutistisch in leichter bis schwerer Form sind bei Aufnahme 28 % und bei Entlassung 20 % der Patienten. Eine leichte bis mäßige Antriebssteigerung kommt bei Aufnahme bei 24 % und bei Entlassung bei 8 % vor. Andere Symptome dieser Gruppe kommen seltener vor.

C i r c a d i a n e B e s o n d e r h e i t e n kommen nicht vor.

A n d e r e S t ö r u n g e n

Am häufigsten kommen bei 64 % der Patienten ein sozialer Rückzug bei Aufnahme in mittelgradiger Ausprägung vor und bei Entlassung bei 56 % in leichter Form. Bei Aufnahme

wird bei 56 % eine erhöhte Ablenkbarkeit mittleren Ausmaßes beobachtet und bei Entlassung sind 40 % der Patienten noch leicht ablenkbar. Eine Krankheitseinsicht ist bei Aufnahme bei 48 % meist gar nicht vorhanden und bei 32 % ist dies bei Entlassung noch der Fall. Zu einer qualitat. Abw. des Affekts kommt es bei 56 % und bei Entlassung sind 48 % der Patienten jetzt überwiegend leicht betroffen. Zu einer quantitativen Abw. des Affekts kommt es bei Aufnahme bei 44 % und bei Entlassung bei 36 % der Patienten. Weniger häufig kommen die Symptome vor: Mangel an Krankheitsgefühl (36 %), Suizidalität (36 %), anhaltender Aktivitätsverlust (32 %), Aggressivität (28 %), Ablehnung der Behandlung (28 %), beobachtete Verlangsamung (28 %), Angstzustände (24 %) und kommentierende Stimmen (24 %). Weitere Symptome kommen selten vor. Bei Entlassung ist die Häufigkeit der meisten Symptome fast unverändert, jedoch die Ausprägung ist etwas abgeschwächt.

3.7.5.2. Somatischer Befund

Am häufigsten kommen bei Aufnahme Einschlafstörungen bei 40 % der Patienten und Durchschlafstörungen bei 36 % der Patienten vor. Einen verkürzten Schlaf zeigen bei Aufnahme 16 % und 12 % Früherwachen. Bei Entlassung wird eine entsprechende Symptomatik nur von einzelnen Patienten angegeben.

Daneben kommt verminderter Appetit bei 20 % der Patienten bei Aufnahme vor. Andere somatische Beschwerden werden nur ganz selten angegeben.

3.7.5.3. Zusammenfassung des psychischen und somatischen Befundes

Die meisten Symptome nehmen während des Aufenthalts in ihrer Häufigkeit nur wenig ab. Die Patienten zeigen sehr oft Konzentrationsstörungen, sind verlangsamt, reden vorbei und sind eingeengt. Viele sind mißtrauisch und Verfolgungs-

wahn und Beziehungswahn kommen meist vor. Der Wahn wird mit meist erheblicher Dynamik vorgetragen. Als häufiges Symptom kommt bei vielen Patienten Stimmenhören vor. Ich-Störungen kommen nicht häufig vor. Viele Patienten sind ängstlich, im Affekt arm und starr, sowie innerlich unruhig. Motorische Unruhe und Antriebsarmut kommen ebenfalls häufig vor. Weiter typisch sind sozialer Rückzug und vermehrte Ablenkbarkeit. An somatischen Störungen treten Schlafstörungen öfter auf.

(Tab.: 8.5)

3.7.6. Syndrome bei Patienten mit anderen Schizophrenieformen und nicht näher bezeichneten Schizophrenieformen

Der Aufnahmewert für das paranoid - halluzinatorische Syndrom für Patienten dieser Diagnosegruppe liegt mit 8,1 weit über dem Durchschnittswert von 2,5. Bei der Entlassung liegt der Syndromwert mit 2,6 nur knapp über dem Mittelwert. Unter den dieses Syndrom bildenden Items sind besonders die Symptome Wahnstimmung, Wahngedanken, Wahndynamik, Beziehungswahn und Verfolgungswahn häufig, die in meist mittlerer und starker Ausprägung vorkommen.

Der Aufnahmewert des depressiven Syndroms liegt mit 3,5 erheblich unter dem Syndrommittelwert von 7,6 und bei Entlassung ergibt sich für Patienten dieser Diagnosegruppe ein Wert von 0,9. Die das depressive Syndrom zusammensetzenden AMDP - Items kommen sehr selten vor, nur die Symptome deprimiert und Durchschlafstörungen kommen häufiger vor. Sämtliche das psychoorganische Syndrom bildenden Items kommen nur selten vor, so daß bei Aufnahme sich ein Wert von 0,8 ausbildet, der unter dem Mittelwert von 1,7 liegt. Bei Entlassung sinkt der Syndromwert für das psychoorganische Syndrom auf einen Wert von 0,5 ab.

Der Aufnahmewert für das manische Syndrom liegt mit 1,6 etwas unter dem Mittelwert von 1,8 und bei Entlassung ergibt sich ein Wert von 0,3. Die das Syndrom zusammensetz-

enden Items kommen etwa gleich häufig vor, außer dem Symptom motorisch unruhig das in meist mittlerer Ausprägung bei der Hälfte der Patienten zu finden ist.

Mittlere Häufigkeiten in überwiegend mittelgradiger Ausprägung, der AMDP - Items des Hostilitätssyndroms, ergeben einen Wert, der bei Aufnahme mit 5,5 weit über dem durchschnittlichen Syndromwert von 2,7 liegt.

Bei Entlassung liegt der ermittelte Wert mit 2,7 gleich mit dem Mittelwert. Das vegetative Syndrom kommt sehr selten vor und es ergeben sich für die Aufnahme ein Wert von 0,8 und bei Entlassung ein Wert von 0,2. Beide Werte liegen unter dem durchschnittlichen Syndrommittelwert von 1,7 für das vegetative Syndrom.

Mit 5,0 als Aufnahmewert für das apathische Syndrom, liegt der Wert über dem Mittelwert von 3,7 und bei Entlassung liegt der Wert mit 3,6 knapp unter dem Durchschnitt. Unter den dieses Syndrom zusammensetzenden Symptomen kommen die Items verlangsamte, affektstarr, affektarm und sozialer Rückzug häufiger vor, in meist mittlerer und schwerer Ausprägung.

(Tab.: 8.6)

(Abb.: 7.7 ; Abb.: 7.8)

3.7.7. Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit anderen Schizophrenieformen und nicht näher bezeichneten Schizophrenieformen

Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten dieser Diagnosegruppe sind in 36 % der Fälle nicht festzustellen. Bei weiteren 20 % sind diesbezügliche Angaben nicht erfolgt.

In 44 % geben die Patienten eine psychische Erkrankung bei Blutsverwandten an. Diese erkranken in 12 % der Fälle in der gleichen Art wie die Patienten und in 16 % der Fälle liegt eine von der des Patienten verschiedene Erkrankung vor. Die Erkrankungsart ist in 16 % der Fälle nicht bestimmbar.

(Tab.: 8.7)

3.7.8. Erkrankungsdauer bei Patienten mit anderen Schizophrenie-
formen und nicht näher bezeichneten Schizophrenieformen

Die Erkrankungsdauer der Patienten dieser Diagnosegruppe beträgt zwischen 0 und 25 Jahren.

Die meisten Patienten (72 %) sind weniger als 5 Jahre krank. Bei 12 % der Patienten liegt die Erkrankungsdauer zwischen 5 und 9 Jahren und 16 % sind länger als 10 Jahre krank.

(Tab.: 8.8)

3.8. Diagnosegruppe VIII : Schizophrene Psychosen

Im Untersuchungszeitraum 1983 werden die hier zusammengefaßten Diagnosen (ICD - Nr. 295.1 - 295.9) bei insgesamt 397 Patienten gestellt. Damit beträgt die Häufigkeit der schizophrenen Psychosen in der Klinikpopulation 25 %. In der Gruppe der nicht organischen Psychosen bedeutet dies einen Anteil von 47 %.

3.8.1. Geschlechtsverteilung

Von den Patienten mit schizophrenen Psychosen sind 41 % Männer und 59 Frauen. Die Geschlechterrelation stellt sich 1 : 1,5 dar.
(Tab.: 9.1)

3.8.2 Altersverteilung

Das Durchschnittsalter der Patienten mit schizophrenen Psychosen beträgt 34 Jahre.

Behandelt werden Patienten im Alter zwischen 15 und 79 Jahren. 79 % der Patienten sind zwischen 20 und 44 Jahren alt. Das Maximum der Verteilungskurve liegt mit 18 % bei den 20 bis 24-jährigen und mit fast gleicher Häufigkeit bei den 25 bis 29-jährigen Patienten (19 %). Es ergibt sich eine über eine Stufe zum Gipfel aufsteigende Kurve, die ein kleines Plateau im Maximum bildet und dann bis zum Beginn der zweiten Kurvenhälfte langsam abnimmt, um dann in der zweiten Kurvenhälfte rasch zur Nulllinie abfällt.

Das Durchschnittsalter der Männer mit 32 Jahren liegt mit 4 Jahren unter dem Durchschnittsalter der Frauen von 36 Jahren.

Bei Vergleich der beiden Kurven zeigt sich eine deutliche Betonung der jüngeren Altersgruppen bei den Männern und bei den Frauen fällt eine breitere Verteilung der Patientenzahlen im ersten Kurvenabschnitt auf. Bei den Frauen kommt

ein klar abgrenzbares Maximum nicht vor.

(Tab.: 9.2)

(Abb.: 8.1 ; Abb.: 8.2)

3.8.3. Aufenthaltsdauer

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten mit schizophrenen Psychosen beträgt 47 Tage. Die Aufenthaltsdauer schwankt zwischen einer und 23 Wochen. Eine deutliche Häufung läßt sich im Behandlungszeitraum 1. mit 12. Woche feststellen, nach dem 87 % der Patienten wieder entlassen sind.

Nach 4 Wochen werden die meisten Patienten wieder entlassen, sie haben einen Anteil von 34 % der Patienten. Nach diesem Zeitpunkt kommt es zu einer gleichmäßigen Verminderung der Patientenzahlen mit steigender Aufenthaltsdauer.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei Männern beträgt 48 Tage, bei Frauen 46 Tage. Die Aufenthaltsdauer der Männer ist um 2 Tage im Vergleich zu den Frauen verkürzt.

Der Vergleich der Aufenthaltsverteilungskurven von Männern und Frauen ergibt vergleichbare Verläufe.

(Tab.: 9.3)

(Abb.: 8.3 ; Abb.: 8.4)

3.8.4. PSB - Werte

Der durchschnittliche PSB - Wert der Patienten bei Aufnahme beträgt 31 und bei Entlassung 53. Dies bedeutet eine durchschnittliche Verbesserung von 22.

Die Männer mit einem durchschnittlichen Aufnahme - PSB - Wert von 31, erreichen bei der Entlassung einen Wert von 50, was eine Verbesserung um 19 bedeutet.

Die Frauen mit einem durchschnittlichen Aufnahme - PSB - Wert von 31, erreichen bei Entlassung einen Wert von 56, was eine Verbesserung um 25 bedeutet. Die Frauen können den PSB - Wert um durchschnittlich 6 mehr als die Männer der Diagnosegruppe verbessern.

Bei der Aufnahme haben die Patienten der Diagnosegruppe PSB - Werte zwischen 11 und 70. Einen PSB bei Aufnahme im Bereich zwischen 21 und 30 haben 35 % der Patienten und 41 % der Patienten kommen mit einem PSB von 31 bis 40 zur Aufnahme. Während des Aufenthalts können der PSB um 0 bis 49 verbessert werden, bei 2 Patienten kommt es zu einer PSB - Abnahme..

Bei Vergleich der Aufnahme- und Entlassungswerte für Männer und Frauen ergeben sich vergleichbare Kurvenprofile, wobei jedoch die Entlassungskurve der Frauen mehr Gewicht im Bereich der höheren Werte hat, die der Männer dagegen gleichmäßiger verteilt ist.

(Tab.: 9.4)

(Abb.: 8.5 ; Abb.: 8.6)

3.8.5. Symptomatik bei Patienten mit schizophrenen Psychosen

3.8.5.1. Psychischer Befund

Bewußtseins- und Orientierungsstörungen kommen sehr selten vor.

Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen kommen am häufigsten in Form von Konzentrationsstörungen vor. Diese kommen bei Aufnahme bei 72 % der Patienten der Diagnosegruppe in meist mittlerer Ausprägung vor und bei Entlassung haben 49 % der Patienten noch eine leichte Symptomatik. Auffassungsstörungen kommen in mittlerer Ausprägung bei 21 % der Patienten vor und bei Entlassung zeigen 9 % eine leichte und schwere Symptomatik. Merkfähigkeitsstörungen in leichter und mittlerer Ausprägung kommen bei Aufnahme bei 20 % der Patienten vor und bei 11 % bei Entlassung. Die übrigen Störungen kommen selten vor..

Unter den formalen Denkstörungen kommt das Symptom inkohärent bei Aufnahme in meist mittlerer Ausprägung bei 49 % der Patienten vor und ist bei Entlassung bei 18 % der Patienten in vorwiegend leichter

Form zu finden. Weitere häufig vorkommende Symptome sind: vorbeireden (39 %), verlangsamt (33 %) und eingeengt (26 %).

Weniger häufig sind: umständlich (19 %), gesperret (20 %), ideenflüchtig (14 %), Grübeln (14 %), perseverierend (9 %), Gedankendrängen (9 %) und gehemmt (9 %).

Bei Entlassung hat die Häufigkeit der Symptome auf drei Viertel bis die Hälfte der betroffenen Patienten abgenommen und der Ausprägungsgrad ist überwiegend leicht.

B e f ü r c h t u n g e n u n d Z w ä n g e

Mißtrauen kommt bei 39 % der Patienten bei Aufnahme vor und bei Entlassung zeigen noch 19 % eine leichte Symptomatik. Andere Symptome dieser Gruppe kommen sehr selten vor.

W a h n

Als häufigstes Symptom dieser Gruppe kommt bei 59 % der Patienten ein mittlerer und schwerer Verfolgungswahn vor und 24 % der Patienten fühlen sich bei Entlassung noch leicht verfolgt. Daneben kommen folgende Symptome bei Aufnahme sehr häufig vor: Wahngedanken (58 %), Beziehungswahn (51 %), Wahnstimmung (51 %), Wahndynamik (45 %), Wahneinfall (33 %), Größenwahn (28 %), Wahnwahrnehmung (26 %) und systematisierter Wahn (22 %). Andere Symptome kommen selten vor.

Bei Entlassung hat die Häufigkeit der Wahnsymptome sehr stark abgenommen und die Symptomatik ist deutlich abgeschwächt.

S i n n e s t ä u s c h u n g e n

36 % der Patienten werden mit Stimmenhören mittlerer Ausprägung aufgenommen, Körperhalluzinationen kommen bei 18 % der Patienten bei Aufnahme vor. Bei Entlassung geben je 8 % eine leichte Symptomatik an. Andere Symptome kommen vergleichsweise selten vor.

I C H - S t ö r u n g e n

Als häufigste Symptome dieser Gruppe kommen bei 21 % der Patienten Depersonalisation und Derealisation vor, und bei Entlassung bei 7 %. Gedankeneingebung zum Zeitpunkt der Aufnahme kommt bei 15 % der Patienten vor und 10 % geben Gedankenentzug an.

Bei Entlassung ist die Häufigkeit und Ausprägung deutlich gesunken.

Andere Symptome kommen vergleichsweise selten vor.

S t ö r u n g e n d e r A f f e k t i v i t ä t

Unter den Symptomen dieser Gruppe kommt Ängstlichkeit bei 61 % der Patienten bei Aufnahme vor. Weiterhin kommen folgende Symptome häufig vor: Innerlich unruhig (58 %), gereizt (48 %), Depression (42 %), ambivalent (40 %), affektstarr (42 %), affektarm (38 %), dysphorisch (31 %) und Parathymie (20 %).

Andere Symptome kommen weniger häufig vor.

Bei den meisten Symptomen sinkt die Häufigkeit bei Entlassung sowie Schweregrad deutlich ab. Jedoch affektarm und affektstarr sind fast unverändert.

A n t r i e b- u n d p s y c h o m o t o r i s c h e S t ö r u n g e n

In dieser Symptomgruppe ist Antriebsarmut bei 36 % der Patienten am häufigsten und verändert sich bezüglich Häufigkeit während des Aufenthalts nicht. Weiterhin häufige Symptome sind: Antriebssteigerung (35 %) und motorisch unruhig (52 %). Weniger oft kommen vor: logorrhöisch (19 %), antriebsgehemmt (18 %). Weitere Symptome sind selten.

C i r c a d i a n e B e s o n d e r h e i t e n k o m m e n n u r g a n z v e r e i n z e l t v o r .

A n d e r e S t ö r u n g e n

In dieser Symptomgruppe kommt bei Aufnahme bei 63 % der Patienten eine vermehrte Ablenkbarkeit vor. Weiterhin kommen sehr häufig vor : Mangel an Krankheitseinsicht (54 %), sozialer Rückzug (52 %), qualitative Anw. des Affekts (45 %), quant. Abw. des Affekts (40 %), Aggressivität (33 %), Mangel an Krankheitsgefühl (35 %), anhaltender Aktivitätsverlust (32 %), verlangsamte (31 %).

Weitere Symptome sind weniger häufig. Bei Entlassung ist die Symptommhäufigkeit nur leicht vermindert und der Ausprägungsgrad ist überwiegend leicht.

3.8.5.2. Somatischer Befund

Bei Aufnahme geben 46 % der Patienten mittelgradige Einschlafstörungen und 42 % Durchschlafstörungen an. Bei Entlassung liegt bei weniger als 10 % noch eine leichte Symptomatik vor. Eine Verkürzung der Schlafdauer wird bei 26 % gefunden und kommt bei Entlassung nicht mehr vor. Daneben geben 25 % eine leichte bis schwere Appetitverminderung bei Aufnahme an.

Weitere Symptome kommen ganz selten vor.

3.8.5.3. Zusammenfassung des psychischen und somatischen Befundes

Patienten mit schizophrenen Psychosen haben bei Aufnahme sehr häufig Konzentrationsstörungen, sind im Denken inkohärent, reden vorbei und sind meist deutlich verlangsamt. Viele Patienten sind mißtrauisch, zeigen eine Wahnstimmung und Wahngedanken, deren Inhalt meist ein Beziehungswahn oder Verfolgungswahn ist. Häufig kommt Stimmenhören vor, Derealisation und Depersonalisation finden sich auch nicht selten. Im Affekt sind die Patienten meist ängstlich, innerlich unruhig und gereizt. Affektstarre und Affektarmut sowie Parathymie sind bei der Mehrzahl der Patienten zu finden. Viele Patienten sind motorisch unruhig und im Antrieb reduziert. Daneben kommt es meist zu einem sozialen Rückzug, einer erhöhten Ablenkbarkeit und Krankheitseinsicht fehlt meist.

An somatischen Störungen kommen nur Schlafstörungen vor.

(Tab.: 9.5)

3.8.6. Syndrome bei Patienten mit schizophrenen Psychosen

Der Aufnahmewert für das paranoid - halluzinatorische Syndrom für Patienten mit schizophrenen Psychosen liegt mit 9,4 weit über dem Durchschnittswert von 2,5. Bei Entlassung liegt der Syndromwert mit 2,2 etwas unter dem Durchschnittswert. Unter den dieses Syndrom bildenden Items sind besonders die Symptome Wahngedanken, Verfolgungs-

wahn, Beziehungswahn und Stimmenhören häufig, die in meist mittlerer und starker Ausprägung vorkommen. Der Aufnahme- wert des depressiven Syndroms liegt mit 4,7 deutlich unter dem durchschnittlichen Syndrommittelwert von 7,6 und bei Entlassung ergibt sich für Patienten mit schizophrener Psychose ein Wert von 1,1. Die das depressive Syndrom zu- sammensetzenden AMDP - Items kommen sehr selten vor, nur die Symptome deprimiert, Durchschlafstörungen, Verkürzung der Schlafdauer und Früherwachen kommen häufig vor. Sämtliche das psychoorganische Syndrom bildenden Items kommen nur selten vor, so daß bei Aufnahme sich ein Wert vom 0,9 ergibt, der unter dem Syndrommittelwert von 1,7 liegt. Bei Entlassung sinkt der Wert für das psychoorganische Syndrom bei Patienten mit schizophrenen Psychosen auf einen Wert von 0,3 ab.

Der Aufnahmewert für das manische Syndrom liegt mit 3,7 über dem Syndrommittelwert von 1,8 und bei Entlassung er- gibt sich ein Wert von 0,9. Die das Syndrom zusammensetzenden Items kommen etwa gleich häufig vor, außer dem Symptom motorisch unruhig, das in meist mittlerer Ausprägung bei der Hälfte der Patienten zu finden ist. Mittlere Häufigkeiten in überwiegend mittelgradiger Ausprägung, der AMDP - Items des Hostilitätssyndroms, ergeben einen Wert, der bei Aufnahme mit 5,3 weit über dem durchschnitt- lichen Syndromwert von 2,7 liegt. Bei Entlassung liegt der ermittelte Wert mit 2,0 unter dem Mittelwert.

Das vegetative Syndrom kommt sehr selten vor und es ergeben sich für die Aufnahme ein Wert von 0,5 und bei Entlassung ein Wert von 0,1. Beide Werte liegen unter dem Syndrom- mittelwert von 1,7 für das vegetative Syndrom.

Mit 5,0 als Aufnahmewert für das apathische Syndrom, liegt der Wert über dem durchschnittlichen Syndromkennwert von 3,7 und bei Entlassung liegt der Wert mit 3,2 etwas unter dem Mittelwert. Unter den dieses Syndrom zusammensetzenden Symptomen kommen die Items affektarm, affektstarr, antriebs- arm und sozialer Rückzug häufig in meist mittlerer und schwerer Ausprägung vor.

(Tab.: 9.6)

(Abb.: 8.5 ; Abb.: 8.6)

3.8.7. Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsver- wandten der Patienten mit schizophrenen Psychosen

Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit schizophrenen Psychosen sind in 37 % der Fälle nicht festzustellen. Bei weiteren 31 % sind diesbezüglich keine Angaben erfolgt.

In 33 % geben die Patienten eine psychische Erkrankung bei Blutsverwandten an. Diese erkranken in 10 % der Fälle in der gleichen Art wie die Patienten und eine Erkrankung anderer Art kommt mit einer Häufigkeit von 13 % vor. Die Erkrankungsart ist in 8 % der Fälle nicht zu bestimmen und in 2 % der Fälle kommt eine Kombination verschiedener Erkrankungen unter den Blutsverwandten vor.

(Tab.: 9.7)

3.8.8. Erkrankungsdauer bei Patienten mit schizophrenen Psychosen

Die Erkrankungsdauer der Patienten mit schizophrenen Psychosen beträgt zwischen 0 und 30 Jahren.

Die meisten Patienten (50 %) sind weniger als 5 Jahre krank. Bei 25 % der Patienten liegt die Erkrankungsdauer zwischen 5 und 9 Jahren, bei den übrigen Altersklassen nimmt die Häufigkeit kontinuierlich ab.

(Tab.: 9.8)

3.9. Diagnosegruppe IX : Einfache paranoide Psychose und Paranoia

Im Untersuchungszeitraum 1983 werden die Diagnose einfache paranoide Psychose und Paranoia bei 26 Patienten gestellt. Damit beträgt die Häufigkeit der beiden Diagnosen in der Klinikpopulation 2 %.

In der Gruppe der nicht organischen Psychosen bedeutet dies einen Anteil von 3 %.

In der Gruppe der paranoiden Psychosen beträgt der Anteil 57 %.

3.9.1. Geschlechtsverteilung

Von den 26 Patienten mit einfacher paranoider Psychose und Paranoia sind 19 % Männer und 81 % Frauen. Die Geschlechterrelation stellt sich 1 : 4,2 dar.
(Tab.: 10.1)

3.9.2. Altersverteilung

Das Durchschnittsalter der Patienten mit einfacher paranoider Psychose und Paranoia beträgt 48 Jahre.

Behandelt werden Patienten im Alter zwischen 35 und 74 Jahren. 81 % der Patienten sind zwischen 40 und 54 Jahren alt. Wenige Patienten finden sich in anderen Altersgruppen. Das Maximum der Verteilungskurve liegt mit 39 % bei den 40 bis 44-jährigen und der Anteil der 45 bis 49-jährigen Patienten beträgt 27 %.

Das Durchschnittsalter der Männer mit 42 Jahren liegt mit 7 Jahren unter dem Durchschnittsalter der Frauen von 49 Jahren.

Bei Vergleich der beiden Kurven fällt eine Betonung der jüngeren Altersstufen bei den Männern auf, in den älteren Altersstufen sind sie nicht vertreten. Bei den Frauen verteilt sich die patientenstärkste Gruppe auf zwei Alters-

stufen.

Die Patienten dieser Diagnosegruppe haben das dritthöchste Lebensalter bei Aufnahme im Vergleich mit den anderen Diagnosegruppen.

Der Vergleich für die Männer ergibt das durchschnittlich zweithöchste und für die Frauen das dritthöchste Lebensalter.

(Tab.: 10.2)

(Abb.: 9.1 ; Abb.: 9.2)

3.9.3. Aufenthaltsdauer

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten dieser Diagnosegruppe beträgt 49 Tage. Die Aufenthaltsdauer schwankt zwischen einer und 16 Wochen. Eine Häufung der Patientenzahlen läßt sich im Behandlungszeitraum 4. mit 11. Woche feststellen, nachdem 92 % der Patienten wieder entlassen sind.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Männer beträgt 33 Tage, bei Frauen 53 Tage. Die Aufenthaltsdauer der Männer ist um 20 Tage im Vergleich zu den Frauen erheblich verkürzt und stellt bei Vergleich der Diagnosegruppen den größten Unterschied zwischen Männern und Frauen in dieser Diagnosegruppe bezüglich der Aufenthaltsdauer dar.

Bei Vergleich mit den anderen Diagnosegruppen handelt es sich um Werte im Bereich einer langen Aufenthaltsdauer, mit dem viertlängsten Aufenthalt. Dies gilt auch für Frauen, die durchschnittliche Aufenthaltszeit der Männer ist dagegen die viertkürzeste aller Diagnosegruppen.

(Tab.: 10.3)

(Abb.: 9.3 ; Abb.: 9.4)

3.9.4. PSB - Werte

Der durchschnittliche PSB - Wert der Patienten bei Aufnahme beträgt 33 und bei Entlassung 49. Dies bedeutet eine durch-

schnittliche Verbesserung um 15.

Die Männer mit einem durchschnittlichen Aufnahme - PSB - Wert von 31, erreichen bei Entlassung einen PSB - Wert von 35, was eine Verbesserung um 4 bedeutet.

Die Frauen mit einem durchschnittlichen Aufnahme - PSB - Wert von 34, erreichen bei Entlassung einen PSB - Wert von 52, was eine Verbesserung um 18 bedeutet. Die Frauen können den PSB um durchschnittlich 14 mehr als die Männer der Diagnosegruppe verbessern. Dies ist auch bei Vergleich der anderen Diagnosegruppen der größte Unterschied bei Männern und Frauen bezüglich der PSB - Steigerung. Einen ähnlich großen Unterschied gibt es nur noch bei den Patienten mit Paraphrenie (Diagnosegruppe X).

Bei der Aufnahme haben die Patienten der Diagnosegruppe PSB - Werte zwischen 21 und 50. Die meisten Patienten (38 %) werden mit einem Wert 31 bis 40 aufgenommen und 35 % der Patienten haben bei Aufnahme einen PSB - Wert zwischen 41 und 50. Bei Entlassung haben die Patienten der Diagnosegruppe PSB - Werte zwischen 21 und 80. Die meisten Patienten (38 %) werden mit einem PSB zwischen 51 und 60 entlassen und 27 % erreichen bei Entlassung einen Wert zwischen 41 und 50.

Während des Aufenthalts können der PSB - Wert um 0 bis 49 verbessert werden. Eine Anhebung des PSB um 0 bis 9 kommt bei 31 % vor und bei 35 % verbessert sich der PSB - Wert um 10 bis 19.

Bei Vergleich der PSB - Werte bei Männern und Frauen fällt bei Aufnahme eine weitgehende Übereinstimmung der Kurven auf. Bei Entlassung dagegen ist die Kurve der Frauen sehr deutlich in den Bereich höherer PSB - Werte verschoben, die der Männer liegt nur wenig über dem Aufnahmewert.

Der Vergleich der Diagnosegruppen zeigt einen durchschnittlichen Aufnahmewert, der sich im Bereich der hohen Aufnahme - werte bewegt. Dies gilt auch für den Wert der Frauen, der der Männer liegt im Bereich mittlerer Aufnahmewerte.

Der durchschnittliche Entlassungswert liegt vergleichsweise niedrig und der der Männer stellt den niedrigsten

Entlassungswert dar. Der Entlassungswert der Frauen liegt im mittleren Bereich der Entlassungswerte.

(Tab.: 10.4)

(Abb.: 9.5 ; Abb.: 9.6)

3.9.5. Symptomatik bei Patienten mit einfacher paranoider Psychose und Paranoia

3.9.5.1. Psychischer Befund

B e w u ß t s e i n s s t ö r u n g e n und O r i e n t i e r u n g s s t ö r u n g e n kommen nicht vor.

A u f m e r k s a m k e i t s- und G e d ä c h t n i s s t ö r u n g e n kommen bei Aufnahme in Form von Konzentrationsstörungen in leichter und mittlerer Ausprägung bei 46 % am längsten vor und bei Entlassung ist bei 35 % eine leichte Symptomatik erhalten. Leichte Auffassungsstörungen kommen bei Aufnahme bei 19 % der Patienten und Merkfähigkeitsstörungen bei 15 % vor und bei Entlassung bei je 8 %. Unter den f o r m a l e n D e n k s t ö r u n g e n kommt das Symptom eingeengt bei 62 % der Patienten bei Aufnahme am häufigsten vor und bei Entlassung bei 35 %. Weitere häufige Symptome sind: umständlich (27 %), verlangsamt (23 %) und Perseveration (19 %).

Bei Entlassung ist eine leichte Symptomatik bei noch einem Drittel der betroffenen Patienten zu finden.

B e f ü r c h t u n g e n und Z w ä n g e

Ein überwiegend schweres Mißtrauen ist bei 50 % der Patienten bei Aufnahme vorhanden und bei 42 % ist meist mittelgradiges Mißtrauen bei Entlassung vorhanden.

Andere Symptome kommen nur vereinzelt vor.

W a h n

Als häufigstes Symptom kommt bei 92 % der Patienten ein meist schwerer Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahn vor, der bei Entlassung bei 77 % leicht abgeschwächt weiterbesteht. Weiterhin kommen die folgenden Symptome bei Aufnahme häufig vor: systematisierter Wahn (69 %),

Beziehungswahn (65 %), Wahndynamik (65 %) und Wahngedanken (54 %).

Andere Symptome kommen vergleichsweise selten vor. Bei Entlassung hat die Symptommhäufigkeit kaum abgenommen und sich lediglich der Schweregrad etwas abgeschwächt.

S i n n e s t ä u s c h u n g e n

Bei Aufnahme geben 15 % der Patienten Illusionen an, Stimmenhören und Körperhalluzinationen kommen bei 12 % vor. Bei Entlassung wird diese Symptomatik praktisch nicht mehr beobachtet.

I c h - Störungen sind nicht häufig. Am öftesten werden andere Ich- Störungen bei 19 % und Gedankeneingebung bei 15 % bei Aufnahme angegeben. Bei Entlassung sind diese Symptome deutlich seltener.

Andere Symptome kommen nicht oft vor.

S t ö r u n g e n d e r A f f e k t i v i t ä t

In dieser Gruppe ist das häufigste Symptom bei Aufnahme bei 72 % der Patienten Ängstlichkeit und eine leichte Symptomatik kommt bei 23 % der Patienten bei Entlassung vor.

Weitere häufige Symptome sind : innerlich unruhig (61 %), affektstarr (50 %), depressiv (46 %), gereizt (27 %), ambivalent (23 %) und Parathymie (19 %).

Andere Symptome kommen weniger häufig vor.

Bei Entlassung hat die Symptomatik nur bei wenigen Symptomen abgenommen, meist ist keine Änderung festzustellen.

A n t r i e b s - u n d p s y c h o m o t o r i s c h e Störungen

In dieser Gruppe ist motorische Unruhe bei 46 % der Patienten bei Aufnahme das häufigste Symptom und bei Entlassung ist bei 19 % noch eine entsprechende Symptomatik vorhanden.

Weitere häufige Symptome sind : gesteigerter Antrieb (38 %), Antriebshemmung (27 %), antriebsarm (15 %) und logorrhoisch (15 %). Bei Entlassung ist eine leichte Abnahme der Häufigkeit und des Schweregrades festzustellen.

Andere Symptome kommen nur selten vor.

C i r c a d i a n e B e s o n d e r h e i t e n k o m m e n
n i c h t v o r .

A n d e r e S t ö r u n g e n

Starker Mangel an Krankheitseinsicht kommt bei 72 % der Patienten bei Aufnahme vor und 65 % haben auch bei Entlassung keine Krankheitseinsicht.

Weitere häufige Symptome bei Aufnahme sind: sozialer Rückzug (65 %), Mangel an Krankheitsgefühl (54 %), beobachtete Ablenkbarkeit (27 %), anhaltender Aktivitätsverlust (19 %) und Autismus (19 %).

Bei Entlassung ist Häufigkeit und Ausprägungsgrad der meisten Symptome unverändert.

Weitere Symptome kommen nur bei wenigen Patienten vor.

3.9.5.2. S o m a t i s c h e r B e f u n d

Bei Aufnahme geben 46 % der Patienten Einschlafstörungen und 38 % Durchschlafstörungen an, die bei Entlassung nur noch vereinzelt vorkommen. Über eine Appetitverminderung klagen bei Aufnahme 27 % der Patienten.

Weitere somatische Beschwerden werden nur von einzelnen Patienten angegeben.

3.9.5.3. Z u s a m m e n f a s s u n g d e s p s y c h i s c h e n u n d s o m a t i s c h e n B e f u n d e s

Patienten mit einfacher paranoider Psychose und Paranoia haben bei Aufnahme häufig Konzentrationsstörungen, sind im Denken eingeengt und sehr mißtrauisch. Es kommt meist ein Beziehungswahn oder ein Verfolgungswahn in systematisierter Form mit erheblicher Dynamik vor. Im Affekt sind die Patienten meist ängstlich, innerlich unruhig und affektstarr. Viele sind motorisch unruhig und zeigen einen gesteigerten Antrieb. Eine Krankheitseinsicht und -gefühl fehlen meist, auch ist sehr oft ein erheblicher sozialer Rückzug zu bemerken. Die Symptomatik ist während des Auf-

enthaltts meist recht stabil, so daß es nur zu einer geringen Verbesserung der Symptomatik kommt.

An somatischen Störungen fallen besonders die Schlafstörungen auf.

(Tab.: 10.5)

3.9.6. Syndrome bei Patienten mit einfacher paranoider Psychose und Paranoia

Der Aufnahmewert für das paranoid - halluzinatorische Syndrom für Patienten mit einfacher paranoider Psychose und Paranoia liegt mit 11,7 weit über dem Mittelwert von 2,5 und stellt im Vergleich der übrigen Diagnosegruppen den zweitgrößten Aufnahmewert dar. Bei der Entlassung liegt der Syndrommittelwert mit 5,9 noch weit über dem Mittelwert ist aber im Vergleich zur Aufnahme um die Hälfte gesunken. Unter den dieses Syndrom bildenden Items sind besonders die Symptome Wahngedanken, systematisierter Wahn, Wahndynamik, Beziehungswahn und Verfolgungswahn häufig, die in meist mittlerer und starker Ausprägung vorkommen.

Der Aufnahmewert des depressiven Syndroms liegt mit 3,5 weit unter dem Mittelwert von 7,6 und bei Entlassung ergibt sich für Patienten dieser Diagnosegruppe ein Wert von 1,1. Die das depressive Syndrom zusammensetzenden AMDP - Items kommen sehr selten vor, nur die Symptome deprimiert und Durchschlafstörungen kommen häufiger vor.

Sämtliche das psychoorganische Syndrom bildenden Items kommen nur selten vor, so daß bei Aufnahme ein Wert von 0,5 sich ergibt, der unter dem durchschnittlichen Wert von 1,7 liegt. Bei Entlassung sinkt der Wert für das psychoorganische Syndrom bei Patienten dieser Diagnosegruppe auf einen Wert von 0,2 ab. Der Aufnahmewert für das manische Syndrom liegt mit 1,9 nur wenig über dem Syndrommittelwert von 1,8 und bei Entlassung ergibt sich ein Wert von 0,8. Die das Syndrom zusammensetzenden Items kommen etwa gleich häufig vor, außer dem

Syndrom motorisch unruhig, das in meist mittlerer Ausprägung bei der Hälfte der Patienten zu finden ist. Mittlere Häufigkeiten in überwiegend mittelgradiger Ausprägung, der AMDP - Items des Hostilitätssyndroms, ergeben einen Wert, der bei Aufnahme mit 5,7 weit über dem durchschnittlichen Syndromwert von 2,7 liegt. Bei Entlassung liegt der ermittelte Wert mit 3,7 noch immer über dem Durchschnittswert, obwohl die Häufigkeit des Hostilitätssyndroms im Vergleich zur Aufnahme deutlich abnimmt. Das vegetative Syndrom kommt sehr selten vor und es ergeben sich für die Aufnahme ein Wert von 0,7 und bei Entlassung ein Wert von 0,5. Beide Werte liegen unter dem Syndrommittelwert von 1,7 für das vegetative Syndrom. Mit 4,7 als Aufnahmewert für das apathische Syndrom, liegt der Wert über dem Syndrommittelwert von 3,7 und bei Entlassung liegt der Wert mit 2,4 dann deutlich unter dem Durchschnitt. Unter den dieses Syndrom zusammensetzenden Symptomen kommen die Items affektstarr und sozialer Rückzug häufig in meist mittlerer und schwerer Ausprägung vor. (Tab.: 10.6)
(Abb.: 9.7 ; Abb.: 9.8)

3.9.7. Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit einfacher paranoider Psychose und Paranoia

Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit einfacher paranoider Psychose und Paranoia sind in 46 % der Fälle nicht festzustellen. Bei weiteren 23 % sind diesbezüglich keine Angaben erfolgt. In 31 % geben die Patienten eine psychische Erkrankung bei Blutsverwandten an. Diese erkranken in 8 % der Fälle in der gleichen Art wie die Patienten und eine Erkrankung anderer Art kommt mit einer Häufigkeit von 12 % vor. Die Erkrankungsart ist in 12 % der Fälle nicht bestimmbar. (Tab.: 10.7)

3.9.8 Erkrankungsdauer bei Patienten mit einfacher paranoider Psychose und Paranoia

Die Erkrankungsdauer der Patienten mit einfacher paranoider Psychose und Paranoia beträgt zwischen 0 und 29 Jahren. Die meisten Patienten (54 %) sind weniger als 5 Jahre krank. Bei 23 % der Patienten liegt die Erkrankungsdauer zwischen 5 und 9 Jahren und bei 15 % zwischen 10 und 14 Jahren. Längere Krankheitsdauer kommt nur vereinzelt vor.
(Tab.: 10.8)

3.10. Diagnosegruppe X : Paraphrenie

Im Untersuchungszeitraum 1983 wird die Diagnose Paraphrenie bei 15 Patienten gestellt. Damit beträgt die Häufigkeit der Paraphrenie in der Klinikpopulation 1 %.

In der Gruppe der nicht organischen Psychosen bedeutet dies einen Anteil von 2 %.

In der Gruppe der paranoiden Psychosen bedeutet dies einen Anteil von 33 %.

3.10.1. Geschlechtsverteilung

Von den Patienten mit Paraphrenie sind 7 % Männer (1 Patient) und 93 % Frauen. Die Geschlechterrelation stellt sich 1 : 14 dar.

(Tab.: 11.1)

3.10.2. Altersverteilung

Das Durchschnittsalter der Patienten mit Paraphrenie beträgt 65 Jahre.

Behandelt werden Patienten im Alter zwischen 45 und 84 Jahren. 73 % der Patienten sind zwischen 55 und 74 Jahren alt. Die 70 bis 74-jährigen Patienten bilden die größte Gruppe mit 22 % und die übrigen Patienten verteilen sich überwiegend auf die benachbarten Altersgruppen.

Das Alter des einzigen männlichen Patienten beträgt 52 Jahre und er findet sich im Bereich der jüngeren Altersgruppen in der Gesamtverteilung der Diagnosegruppe.

Die Altersverteilung der Frauen entspricht mit einem Durchschnittsalter von 66 Jahren entspricht im Verlauf der Gesamtverteilung.

Bei Vergleich der Diagnosegruppe zeigt sich, daß in dieser Diagnosegruppe das höchste Durchschnittsalter angegeben wird.

(Tab.: 11.2)

(Abb.: 10.1 ; Abb.: 10.2)

3.10.3. Aufenthaltsdauer

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten mit Paraphrenie beträgt 45 Tage. Die Aufenthaltsdauer schwankt zwischen 3 und 28 Wochen. Die meisten Patienten werden nach 3 bis 8 Wochen wieder entlassen, wobei 33 % der Patienten nach 4 Wochen entlassen werden. Bei Vergleich der Diagnosegruppen zeigt sich, daß die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten mit Paraphrenie im Bereich der hohen Werte liegt.

(Tab.: 11.3)

(Abb.: 10.3)

3.10.4. PSB - Werte

Der durchschnittliche PSB - Wert der Patienten bei Aufnahme beträgt 36 und bei Entlassung 52. Dies bedeutet eine durchschnittliche Verbesserung von 16.

Dereinzige männliche Patient hat bei Aufnahme einen PSB von 47 und bei Entlassung 48.

Die Frauen mit einem durchschnittlichen Aufnahme - PSB - Wert von 36 erreichen bei Entlassung einen PSB - Wert von 52, was eine Verbesserung um 16 bedeutet.

Bei der Aufnahme haben die Patienten der Diagnosegruppe PSB - Werte zwischen 21 und 60. Die meisten Patienten (67 %) werden mit einem Wert zwischen 31 und 40 aufgenommen. Je 13 % haben bei Aufnahme einen Wert von 41 bis 50 bzw. 51 und 60.

Bei Entlassung haben die Patienten der Diagnosegruppe PSB - Werte zwischen 31 und 70.

Die meisten Patienten (40 %) werden mit einem PSB - Wert zwischen 51 und 60 entlassen und 33 % der Patienten mit einem Wert von 61 bis 70.

Während des Aufenthalts können der PSB - Wert um 0 bis 49 verbessert werden. Je 33 % der Patienten können ihren Aufnahme - PSB um 0 bis 9 bzw. um 20 bis 29 anheben und 20 %

erreichen eine Verbesserung um 10 bis 19.

(Tab.: 11.4)

(Abb.: 10.4 ; Abb.: 10.5)

3.10.5. Symptomatik bei Patienten mit Paraphrenie

3.10.5.1. Psychischer Befund

Bewußtseinsstörungen und Orientierungsstörungen kommen nur ganz vereinzelt vor.

Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen kommen in Form von Merkfähigkeitsstörungen bei 53 % der Patienten bei Aufnahme vor. Weiterhin sind bei Aufnahme bei 47 % der Patienten Konzentrationsstörungen häufig. Bei Entlassung hat nur der Ausprägungsgrad leicht nachgegeben.

Andere Störungen kommen nur ganz selten vor.

Unter den formalen Denkstörungen kommt als häufigstes Symptom bei Aufnahme bei 47 % der Patienten eine leichte bis mäßige Umständlichkeit vor, Weitere sehr häufige Symptome sind : eingeengt (33 %) und Grübeln (20 %). Bei Entlassung hat sowohl Häufigkeit als auch Ausprägung deutlich nachgelassen.

Befürchtungen und Zwänge

Bei Aufnahme sind 53 % der Patienten mißtrauisch und bei Entlassung liegt noch eine leichte Symptomatik bei 13 % der Patienten vor.

Bei 20 % der Patienten kommt Hypochondrie vor.

Wahn

Als häufigstes Symptom dieser Gruppe kommt bei 87 % der Patienten bei Aufnahme ein meist mittelgradiger Verfolgungswahn, der bei 40 % der Patienten in leichter Form noch bei Entlassung gefunden werden.

Weitere häufige Symptome sind : Wahngedanken (80 %), systematisierter Wahn (60 %), Wahndynamik und Beziehungswahn (60 %).

Bei Entlassung hat die Häufigkeit um die Hälfte abgenommen

und der Schweregrad hat sich abgeschwächt.

Weitere Symptome kommen vergleichsweise selten vor.

S i n n e s t ä u s c h u n g e n

Am häufigsten in dieser Gruppe kommen bei 46 % der Patienten Stimmenhören vor und bei 40 % Körperhalluzinationen bei Aufnahme. Zum Zeitpunkt der Entlassung kommt eine leichte Symptomatik bei noch der Hälfte der betroffenen Patienten vor.

Andere Symptome sind selten.

I c h - S t ö r u n g e n kommen recht selten vor.

S t ö r u n g d e r A f f e k t i v i t ä t

In dieser Gruppe kommt als häufigstes Symptom bei Aufnahme bei 53 % der Patienten starke Ängstlichkeit vor, die auch bei 40 % der Patienten bei Entlassung noch leicht vorhanden sind.

Weitere häufige Symptome kommen häufig vor: deprimiert (53 %), innerliche Unruhe (40 %), dysphorisch (33%), klagsam (33 %), Störung der Vitalgefühle (27 %), hoffnungslos (27 %) und affektstarr (27 %).

Bei Entlassung hat die Häufigkeit der meisten Symptome nur geringfügig abgenommen.

Weitere Symptome kommen seltener vor.

A n t r i e b s- u n d p s y c h o m o t o r i s c h e Störungen

Bei Aufnahme sind 33% der Patienten stark innerlich unruhig und 7 % sind dies noch bei Entlassung.

Weitere häufige Symptome bei Aufnahme sind : antriebsarm (27 %), logorrhöisch (20 %), antriebsgesteigert (20 %) und antriebsgehemmt (20 %).

Bei Entlassung ist die Häufigkeit der Symptome leicht gesunken.

C i r c a d i a n e B e s o n d e r h e i t e n kommen nicht vor.

A n d e r e S t ö r u n g e n

Das häufigste Symptom dieser Gruppe ist bei 80 % der Patienten sozialer Rückzug bei Aufnahme. Weitere bei Aufnahme sehr häufig vorkommende Symptome sind :

Mangel an Krankheitseinsicht (74 %), erhöhte Ablenkbarkeit (46 %),, beobachtete Depression (27 %), Suizidalität (20 %), Wahnhafte Ich - Störungen (20 %) und anhaltender Aktivitätsverlust (20 %).

Bei Entlassung ist die Symptommhäufigkeit leicht zurückgegangen. Weitere Symptome kommen sehr selten vor.

3.10.5.2. Somatischer Befund

Bei Aufnahme geben 67 % der Patienten Durchschlafstörungen, 33 % Einschlafstörungen und 20 % eine Verkürzung der Schlafdauer an.

Bei Entlassung hat die Symptommhäufigkeit leicht abgenommen. Weiterhin geben 46 % der Patienten bei Aufnahme eine deutliche Appetitverminderung an und 20 % klagen über eine noch leichte Symptomatik bei Entlassung.

Weitere Symptome kommen vergleichsweise selten vor.

3.10.5.3. Zusammenfassung des psychischen und somatischen Befundes

Patienten mit Paraphrenie haben bei Aufnahme sehr häufig Merkfähigkeitsstörungen und Konzentrationsstörungen, sind im Denken umständlich und eingeengt und meist sehr mißtrauisch. Fast immer kommt ein Verfolgungs- oder Beziehungswahn, der meist systematisiert ist und mit großer Dynamik vorgebracht wird, vor. Bei vielen Patienten kommen Stimmenhören und Körperhalluzinationen vor.

Ich - Störungen kommen selten vor. Im Affekt sind die Patienten meist ängstlich, deprimiert und innerlich unruhig. Eine motorische Unruhe kommt häufiger vor. Daneben fehlt sozialer Rückzug fast nie, wie auch die Krankheitseinsicht selten gegeben ist. Beobachtete Ablenkbarkeit kommt bei vielen Patienten vor.

An somatischen Störungen kommen nur Schlafstörungen häufig vor.

(Tab.: 11.5)

3.10.6. Syndrome bei Patienten mit Paraphrenie

Der Aufnahmewert für das paranoid - halluzinatorische Syndrom für Patienten mit Paraphrenie liegt mit 11,7 weit über dem Durchschnittswert von 2,5. Bei der Entlassung liegt der Syndromwert mit 3,9 noch über dem Mittelwert ist aber im Vergleich zur Aufnahme um zwei Drittel gesunken. Der Aufnahmewert stellt bei Vergleich der übrigen Diagnosegruppen den zweithöchsten Wert dar. Unter den dieses Syndrom bildenden Items sind besonders die Symptome Wahn-gedanken und Verfolgungswahn häufig, die in meist mittlerer und starker Ausprägung vorkommen.

Der Aufnahmewert des depressiven Syndroms liegt mit 5,6 unter dem Syndrommittelwert von 7,6 und bei Entlassung ergibt sich für Patienten mit Paraphrenie ein Wert von 1,1. Die das depressive Syndrom zusammensetzenden AMDP - Items kommen sehr selten vor, nur die Symptome deprimiert und Durchschlafstörungen kommen häufiger vor.

Sämtliche das psychoorganische Syndrom bildenden Items kommen nur selten vor, so daß bei Aufnahme ein Wert von 1,6 sich ergibt, der etwas unter dem Syndrommittelwert von 1,7 liegt. Bei Entlassung sinkt der Wert für das psychoorganische Syndrom bei Patienten mit Paraphrenie auf einen Wert von 1,1 ab.

Der Aufnahmewert für das manische Syndrom liegt mit 1,3 unter dem durchschnittlichen Mittelwert von 1,8 und bei Entlassung ergibt sich ein Wert von 0,4. Die das Symptom zusammensetzenden Items kommen etwa gleich häufig vor, außer dem Symptom motorisch unruhig, das in meist mittlerer Ausprägung häufiger vorkommt.

Mittlere Häufigkeiten in überwiegend mittelgradiger Ausprägung, der AMDP - Items des Hostilitätssyndroms, ergeben einen Wert , der bei Aufnahme mit 4,2 weit über dem durchschnittlichen Syndromwert von 2,7 liegt.

Bei Entlassung liegt der ermittelte Wert mit 2,0 unter dem Mittelwert.

Das vegetative Syndrom kommt sehr selten vor und es ergeben

sich für die Aufnahme ein Wert von 1,7 und bei Entlassung ein Wert von 0,0. Beide Werte liegen unter dem Mittelwert von 1,8 für das vegetative Syndrom.

Mit 4,1 als Aufnahmewert für das apathische Syndrom, liegt der Wert über dem durchschnittlichen Syndromwert von 3,7 und bei Entlassung liegt der Wert mit 2,5 unter dem durchschnittlichen Wert. Unter den dieses Syndrom zusammensetzenden Symptomen kommen die Items umständlich und sozialer Rückzug häufiger vor.

(Tab.: 11.6)

(Abb.: 10.6 ; Abb.: 10.7)

3.10.7. Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit Paraphrenie

Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit Paraphrenie sind in 60 % der Fälle nicht feststellbar. Bei weiteren 33 % sind diesbezügliche Angaben nicht erfolgt.

In 7 % der Fälle geben die Patienten eine psychische Erkrankung bei Blutsverwandten an, deren Art jedoch nicht näher bestimmbar ist.

(Tab.: 11.7)

3.10.8. Erkrankungsdauer der Patienten mit Paraphrenie

Die Erkrankungsdauer der Patienten mit Paraphrenie beträgt zwischen 0 und 19 Jahren.

Die meisten Patienten (66 %) sind weniger als 5 Jahre krank. Erkrankungsdauer über 5 Jahre kommen nur vereinzelt vor.

(Tab.: 11.8)

3.11. Diagnosegruppe XI : Induzierte Psychose, andere
paranoide Syndrome und nicht
näher bezeichnete Syndrome

Im Untersuchungszeitraum 1983 werden die Diagnosen Induzierte Psychose, andere paranoide Syndrome und nicht näher bezeichnete paranoide Syndrome bei insgesamt 5 Patienten gestellt. Damit beträgt die Häufigkeit der in dieser Diagnosegruppe zusammengefaßten Diagnosen in der Klinikpopulation 0,3 %. In der Gruppe der nicht organischen Psychosen bedeutet dies einen Anteil von 1 %. In der Gruppe der paranoiden Psychosen beträgt der Anteil 11 %.

3.11.1. Geschlechtsverteilung

Von den Patienten dieser Diagnosegruppe sind 3 Patienten männlich und 2 Patienten weiblich. Die Geschlechterrelation stellt sich 1,5 : 1 dar.
(Tab.: 12.1)

3.11.2. Altersverteilung

Das Durchschnittsalter der Patienten dieser Diagnosegruppe beträgt 42 Jahre.
Behandelt werden Patienten im Alter zwischen 30 und 49 Jahren.
(Tab.: 12.2)

3.11.3. Aufenthaltsdauer

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten dieser Diagnosegruppe beträgt 27 Tage. Dies ist bei Vergleich mit den übrigen Diagnosegruppen die durchschnittlich kürzeste Aufenthaltsdauer. Die Aufenthaltsdauer schwankt zwischen 3 und 6 Wochen. Zwei Patienten werden nach 3 Wochen aus der Klinik entlassen und je ein Patient wird nach einem Aufenthalt von 4, 5 und 6 Wochen entlassen.
(Tab.: 12.3)

3.11.4. PSB - Werte

Der durchschnittliche PSB - Wert der Patienten bei Aufnahme beträgt 33 und bei Entlassung 53. Dies bedeutet eine durchschnittliche Verbesserung von 19.

Bei Aufnahme haben die Patienten der Diagnose PSB - Werte zwischen 31 und 50. Drei Patienten haben einen Wert bei Aufnahme von 31 bis 40 und 2 Patienten haben einen Wert von 41 bis 50. Bei Entlassung kommen PSB - Werte zwischen 41 und 80 vor. Drei Patienten werden mit einem PSB - Wert zwischen 41 und 50 entlassen und je ein Patient kann einen Wert zwischen 61 und 70 bzw. 71 und 80 erreichen.

Während des Aufenthalts kommt es zu einer Verbesserung von 10 bis 19 bei drei Patienten, ein Patient kann eine Verbesserung von 30 bis 39 erreichen und bei einem Patienten kommt es zu keiner PSB - Wert - Verbesserung.

(Tab.: 12.4)

3.11.5. Symptomatik bei Patienten mit induzierter Psychose, anderen paranoiden Syndromen und nicht näher bezeichneten paranoiden Syndromen

3.11.5.1. Psychischer Befund

Bewußtseinsstörungen und Orientierungsstörungen kommen nicht vor.

Aufmerksamkeit- und Gedächtnisstörungen

Auffassungs- und Konzentrationsstörungen kommen bei Aufnahme und Entlassung bei je 2 Patienten vor.

Von den formalen Denkstörungen kommt bei Aufnahme Grübeln bei drei Patienten vor und bei Entlassung bei einem Patienten. Verlangsamt bei Aufnahme und Entlassung sind je zwei Patienten. Bei einem Patienten kommen bei Aufnahme und Entlassung die Symptome vor : gehemmt, umständlich, eingeengt, perseverierend und ideenflüchtig.

B e f ü r c h t u n g e n u n d Z w ä n g e

Bei Aufnahme kommt bei 3 Patienten Mißtrauen bei Aufnahme vor und ist bei Entlassung bei einem Patienten noch erhalten.

W a h n

Am häufigsten kommen bei Aufnahme bei 4 Patienten Wahn-gedanken in mittelgradiger Ausprägung vor und bei 2 Patienten bei Entlassung. Weiterhin kommen folgende Symptome bei Aufnahme bei mindestens zwei Patienten vor: Verfolgungswahn, Beziehungswahn, systematisierter Wahn, Wahnstimmung, Wahn-dynamik und Wahnwahrnehmung.

S i n n e s t ä u s c h u n g e n u n d I c h - Störungen kommen nicht vor.

S t ö r u n g e n d e r A f f e k t i v i t ä t

Affektstarr und innerlich unruhig sind bei Aufnahme drei Patienten und die Symptome deprimiert, dysphorisch, ambivalent und ängstlich kommen bei Aufnahme bei je zwei Patienten vor.

A n t r i e b s- u n d p s y c h o m o t o r i s c h e Störungen
Antriebsgehemmt ist bei Aufnahme und Entlassung ein Patient, je einer ist bei Aufnahme motorisch unruhig und theatralisch.

C i r c a d i a n e B e s o n d e r h e i t e n kommen
bei einem Patienten in Form einer morgendlichen Befindensverschlechterung bei Aufnahme vor.

A n d e r e S t ö r u n g e n

Bei allen Patienten ist bei Klinikaufnahme ein schwerer Mangel an Krankheitseinsicht und bei Entlassung ist bei vier Patienten die Krankheitseinsicht mangelhaft. Suizidalität, Mangel an Krankheitsgefühl, sozialer Rückzug und Aggressivität kommt bei Aufnahme bei je einem Patienten vor.

3.11.5.2. Somatischer Befund

Verschiedene somatische Beschwerden werden von einzelnen Patienten bei Aufnahme angegeben. Lediglich ein Rigor kommt bei Aufnahme bei zwei Patienten vor.

3.11.5.3. Zusammenfassung des psychischen und somatischen Befundes

Die Patienten der Diagnosegruppe zeigen starkes Mißtrauen, Grübeln und eine meist systematisierte Wahnsymptomatik im Sinne des Verfolgungs- oder Beziehungswahnes kommen fast immer vor. Im Affekt sind die Patienten meist unruhig und affektstarr. Im Antrieb erscheinen sie meist unverändert. Eine Krankheitseinsicht besteht nicht und Aggressivität, Suizidalität so wie sozialer Rückzug kommen häufig vor.

An somatischen Störungen ist lediglich ein Rigor etwas häufiger.

Bei Entlassung kommt es insgesamt zu einer leichten Verbesserung der Symptomatik.

(Tab.: 12.5)

3.11.6. Syndrome bei Patienten mit induzierter Psychose, anderen paranoiden Syndromen und nicht näher bezeichneten paranoiden Syndromen

Der Aufnahmewert für das paranoid - halluzinatorische Syndrom für Patienten dieser Diagnosegruppe liegt mit 8,0 weit über dem Durchschnittswert von 2,5. Bei Entlassung liegt der Syndrommittelwert mit 3,8 noch über dem Durchschnittswert, ist aber im Vergleich zur Aufnahme um über die Hälfte gesunken.

Der Aufnahmewert des depressiven Syndroms liegt mit 4,0 erheblich unter dem durchschnittlichen Syndromwert von 7,6 und bei Entlassung ergibt sich für Patienten dieser Diagnosegruppe ein Wert von 2,1.

Sämtliche das psychoorganosche Syndrom bildenden Items kommen nur selten vor, so daß bei Aufnahme ein Wert von 0,4 sich ergibt, der unter dem Syndrommittelwert von 1,7 liegt. Bei Entlassung bleibt der Wert für das psychoorganische Syndrom bei Patienten dieser Diagnosegruppe auf einen Wert von 0,4.

Der Aufnahmewert für das manische Syndrom liegt mit 1,6 unter dem durchschnittlichen Syndromwert von 1,8 und bei Entlassung ergibt sich ein Wert von 0,4. Die das Syndrom zusammensetzenden Items kommen etwa gleich häufig vor. Mittlere Häufigkeiten in überwiegend mittelgradiger Ausprägung, der AMDP - Items des Hostilitätssyndroms, ergeben einen Wert, der bei Aufnahme mit 6,6 weit über dem Syndrommittelwert von 2,7 liegt. Bei Entlassung liegt der ermittelte Wert mit 4,4 noch immer erheblich über dem Durchschnittswert, obwohl die Häufigkeit des Hostilitätssyndroms im Vergleich zur Aufnahme abnimmt. Das vegetative Syndrom kommt bei den Patienten dieser Diagnosegruppe weder bei Aufnahme noch bei Entlassung vor.

Mit 3,4 als Aufnahmewert für das apathische Syndrom liegt der Wert unter dem durchschnittlichen Mittelwert von 3,7 und bei Entlassung liegt der Wert mit 2,8 noch niedriger als bei Aufnahme. Unter den dieses Syndrom zusammensetzenden Symptomen kommen die Items affektstarr und sozialer Rückzug häufiger in meist mittlerer Ausprägung vor.

(Tab.: 12.6)

3.11.7. Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit induzierter Psychose, anderen paranoiden Syndromen und nicht näher bezeichneten paranoiden Syndromen

Psychische Erkrankungen bei Blutsverwandten der Patienten dieser Diagnosegruppe sind in einem Fall nicht festzustellen. Bei einem weiteren Patienten sind diesbezüglich keine Angaben erfolgt. Drei Patienten geben psychische Erkrankungen bei Verwandten an. Diese erkranken in einem Fall in der gleichen Art wie die Patienten und eine Erkrankung unbestimmter Art kommt bei zwei Patienten vor.

(Tab.: 12.7)

3.11.8. Erkrankungsdauer bei Patienten mit induzierter Psychose, anderen paranoiden Syndromen und nicht näher bezeichneten paranoiden Syndromen

Die Erkrankungsdauer der Patienten dieser Diagnosegruppe beträgt zwischen einem und 20 Jahren. Drei Patienten sind weniger als 5 Jahre krank und je ein Patient ist seit 10 und 20 Jahren krank.

(Tab.: 12.8)

3.12. Diagnosegruppe XII : Paranoide Syndrome

Im Untersuchungszeitraum 1983 werden die hier zusammengefaßten Diagnosen (ICD-Nr. 297.0 - 297.9) bei insgesamt 46 Patienten gestellt. Damit beträgt die Häufigkeit der paranoiden Syndrome in der Klinikpopulation 3 %.

In der Gruppe der nicht organischen Psychosen bedeutet dies einen Anteil von 5 %.

3.12.1. Geschlechtsverteilung

Von den Patienten mit paranoiden Syndromen sind 20 % Männer und 80 % Frauen. Die Geschlechterrelation stellt sich 1 : 4 dar.

(Tab.: 13.1)

3.12.2. Altersverteilung

Das Durchschnittsalter der Patienten mit paranoiden Syndromen beträgt 52 Jahre.

Behandelt werden Patienten im Alter zwischen 30 und 84 Jahren. 57 % der Patienten sind zwischen 40 und 54 Jahre alt.

Wenige Patienten finden sich in den anderen Altersstufen, nur die 70 bis 74-jährigen Patienten sind etwas häufiger vertreten. Das Maximum der Verteilungskurve liegt mit 26 % bei den 40 bis 44-jährigen Patienten und die 45 bis 49-jährigen Patienten erreichen einen Anteil von 20 %.

Das Durchschnittsalter der Männer mit 43 Jahren liegt mit 12 Jahren unter dem Durchschnittsalter der Frauen von 55 Jahren.

Bei Vergleich der beiden Kurven fällt eine deutliche Betonung der jüngeren Altersgruppen bei den Männern auf, und bei den Frauen ist die Streuung der Patientenzahlen viel größer.

(Tab.: 13.2)

(Abb.: 11.1 ; Abb.: 11.2)

3.12.3. Aufenthaltsdauer

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten mit paranoiden Syndromen beträgt 45 Tage. Die Aufenthaltsdauer schwankt zwischen einer und 28 Wochen. Eine deutliche Häufung fällt im Behandlungszeitraum 3. bis 8. Woche auf, nach dem 72 % der Patienten wieder entlassen sind.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei Männern beträgt 34 Tage bei Frauen 48 Tage. Die Aufenthaltsdauer der Männer ist um 14 Tage im Vergleich zu der der Frauen verkürzt. Bei Vergleich der Kurvenprofile von Männern und Frauen zeigt sich trotz der sehr unterschiedlichen Patientenzahlen eine weitgehende Übereinstimmung, wobei jedoch die Männer im Bereich der langen Aufenthaltszeiten nicht vertreten sind.

(Tab.: 13.3)

(Abb.: 11.3 ; Abb.: 11.4)

3.12.4. PSB - Werte

Der durchschnittliche PSB - Wert der Patienten bei Aufnahme beträgt 35 und bei Entlassung 50. Dies bedeutet eine durchschnittliche Verbesserung von 15.

Die Männer mit einem durchschnittlichen Aufnahme-PSB- Wert von 35, erreichen bei Entlassung einen PSB - Wert von 41, was eine Verbesserung um 6 bedeutet.

Die Frauen mit einem durchschnittlichen Aufnahme - PSB von 35, erreichen bei Entlassung einen PSB - Wert von 52, was eine Verbesserung um 17 bedeutet. Die Frauen können den PSB - Wert um durchschnittlich 11 mehr als die Männer der Diagnosegruppe verbessern.

Bei Aufnahme haben die Patienten der Diagnosegruppe PSB - Werte zwischen 21 und 60. Die meisten Patienten (50 %) werden mit einem PSB - Wert zwischen 31 und 40 aufgenommen und 26 % der Patienten mit einem PSB zwischen 41 und 50. Die übrigen Bereiche sind weniger oft vertreten.

Bei Entlassung haben die Patienten der Diagnosegruppe PSB - Werte zwischen 21 und 80. Einen Entlassungs - PSB - Wert im Bereich zwischen 51 und 60 haben die meisten Patienten (35 %) und je 22 % der Patienten haben einen Entlassungs - PSB von 41 bis 50 bzw. 61 bis 70.

Während des Aufenthalts kann der PSB um 0 bis 49 verbessert werden, wobei die meisten Patienten (33 %) eine Verbesserung um 10 bis 19 erreichen, eine Anhebung um 0 bis 9 erreichen 28 % und um 20 bis 29 20 % der Patienten.

Der Vergleich der PSB - Werte bei Männern und Frauen zeigt bei Aufnahme vergleichbare Kurvenprofile, wobei die Männer jedoch kein so klares Maximum als die Frauen zeigen. Bei Entlassung sind die Kurven etwa um 10 PSB - Werte gegeneinander verschoben, wobei die Frauen die höheren Werte haben.

Der Vergleich mit den schizophrenen Psychosen zeigt bei paranoiden Syndromen einen höheren Aufnahmewert und niedrigeren Entlassungswert, folglich auch eine niedrigere PSB - Verbesserung während des Aufenthalts.

(Tab.: 13.4)

(Abb.: 11.5 ; Abb.: 11.6)

3.12.5. Symptomatik bei Patienten mit paranoiden Syndromen

3.12.5.1. Psychischer Befund

Bewußtseins- und Orientierungsstörungen kommen nicht vor.

Aufmerksamkeit- und Gedächtnisstörungen kommen am häufigsten in Form von Konzentrationsstörungen bei 46 % der Patienten bei Aufnahme vor und bei 37 % der Patienten findet man noch eine leichte Symptomatik bei Entlassung. Daneben kommen die Symptome Merkfähigkeitsstörungen bei 26 % und Auffassungsstörungen bei 20 % der Patienten bei Aufnahme vor. Bei Entlassung hat die Symptomenhäufigkeit nur wenig abgenommen, der Ausprägungsgrad sich

jedoch abgeschwächt.

Unter den formalen Denkstörungen kommt bei Aufnahme das Symptom eingeengt bei 48 % der Patienten vor. Weitere häufige Symptome bei Aufnahme sind: umständlich (33 %), verlangsamt (20 %) und Grübeln (20 %). In dieser Gruppe zeigt bei Entlassung nur noch die Hälfte der betroffenen Patienten eine entsprechende Symptomatik. Andere Symptome kommen vergleichsweise selten vor.

Befürchtungen und Zwänge

Als häufigstes Symptom dieser Gruppe kommt bei 52 % der Patienten ein meist starkes Mißtrauen, das bei 30 % der Patienten in etwas abgeschwächter Form bei Entlassung noch erhalten ist.

Weitere Symptome kommen vergleichsweise selten vor.

Wahn

Das häufigste Wahnsymptom ist bei 87 % der Patienten bei Aufnahme ein meist schwerer Verfolgungswahn, der noch bei 63 % der Patienten bei Entlassung besteht.

Weitere sehr häufige Symptome sind: systematisierter Wahn (71 %), Wahngedanken (71 %), Wahndynamik (61 %), Beziehungswahn (63 %) und Wahnwahrnehmung (35 %).

Weitere Wahnsymptome kommen selten vor. Bei Entlassung zeigen noch die Hälfte bis zwei Drittel der betroffenen Patienten eine entsprechende Symptomatik.

Sinnestäuschungen sind insgesamt nicht häufig. Am häufigsten kommt bei Aufnahme Stimmenhören bei 22 % und Körperhalluzinationen bei 20 % der Patienten vor. Weitere Symptome sind sehr selten. Bei Entlassung zeigen nur noch einzelne Patienten eine entsprechende Symptomatik.

Ich-Störungen sind selten und Gedankeneinbegabung bei 13 % der Patienten ist in dieser Gruppe am häufigsten.

Störungen der Affektivität

Zur Aufnahme kommen 63 % der Patienten mit einer starken Ängstlichkeit, die bei 28 % bei Entlassung noch leicht weiterbesteht. Weitere häufige Symptome bei Aufnahme sind:

innerlich unruhig (54 %), depressiv (48 %), affektstarr (44 %), klagsam (24 %), gereizt (24 %) und dysphorisch (22 %). Bei Entlassung nimmt die Symptomatik deutlich ab, nur die Affektstarre bleibt fast uneinflussbar. Weitere Symptome kommen weniger häufig vor. **A n t r i e b s- und p s y c h o m o t o r i s c h e Störungen**

Als häufigstes Symptom dieser Gruppe kommt meist starke motorische Unruhe bei 39 % der Patienten bei Aufnahme vor. 28 % der Patienten erscheinen im Antrieb gesteigert und 24 % gehemmt und 19 % sind antriebsarm.

Bei Entlassung nimmt die Symptommhäufigkeit auf die Hälfte ab und der Schweregrad läßt deutlich nach, nur die Antriebsarmut zeigt kaum eine Veränderung.

Weitere Symptome kommen vergleichsweise selten vor.

C i r c a d i a n e B e s o n d e r h e i t e n kommen nicht vor.

A n d e r e S t ö r u n g e n

Am häufigsten kommt das Symptom Mangel an Krankheitseinsicht bei 76 % der Patienten bei Aufnahme vor und ist bei 71 % in weniger starker Form noch bei Entlassung zu finden.

Weitere oft vorkommende Symptome sind: sozialer Rückzug (67 %), Mangel an Krankheitsgefühl (37 %) und anhaltender Aktivitätsverlust (22 %).

Weitere Symptome kommen seltener vor. Bei Entlassung nimmt die Symptommhäufigkeit und der Ausprägungsgrad nur wenig ab.

3.12.5.2. Somatischer Befund

Am häufigsten kommt bei Aufnahme bei 46 % der Patienten Durchschlafstörungen und bei 39 % Einschlafstörungen vor. Bei Entlassung klagen nur noch die Hälfte der betroffenen Patienten über eine entsprechende Symptomatik. Eine meist starke Appetitverminderung geben 33 % der Patienten bei Aufnahme und 11 % bei Entlassung an.

Andere somatische Beschwerden kommen verhältnismäßig selten vor.

3.12.5.3. Zusammenfassung des psychischen und somatischen Befundes

Patienten mit paranoiden Syndromen haben bei Aufnahme sehr oft Konzentrationsstörungen, sind im Denken eingeengt und sehr mißtrauisch. Ein systematisierter Verfolgungswahn oder Beziehungswahn, der mit starker Dynamik vorgebracht wird findet sich bei fast allen Patienten. Sinnestäuschungen und Ich - Störungen kommen nicht oft vor.

Im Affekt sind die Patienten meist ängstlich; deprimiert, innerlich unruhig und affektstarr. Eine motorische Unruhe kommt oft vor. Sozialer Rückzug und völlige Krankheitsuneinsichtigkeit sind weiterhin für diese Patientengruppe typisch.

An somatischen Störungen fallen besonders die Schlafstörungen auf.

(Tab.: 13.3)

3.12.6. Syndrome bei Patienten mit paranoiden Syndromen

Der Aufnahmewert für das paranoid - halluzinatorische Syndrom für Patienten mit paranoiden Syndromen liegt mit 11,3 weit über dem Mittelwert von 2,5. Bei der Entlassung liegt der Syndromwert mit 5,0 noch erheblich über dem Mittelwert, ist aber im Vergleich zur Aufnahme um über die Hälfte gesunken. Unter den dieses Syndrom bildenden Items sind besonders die Symptome Wahngedanken, systematisierter Wahn, Wahndynamik, Beziehungswahn und Verfolgungswahn häufig, die in meist mittlerer und starker Ausprägung vorkommen.

Der Aufnahmewert des depressiven Syndroms mit 4,2 liegt weit unter dem Syndrommittelwert von 7,6 und bei Entlassung ergibt sich für Patienten mit paranoiden Syndromen ein Wert von 1,1. Die das depressive Syndrom zusammensetzenden AMDP - Items kommen sehr selten vor, nur die Symptome deprimiert, Durchschlafstörungen kommen häufiger vor.

Sämtliche das psychoorganische Syndrom bildenden Items kommen nur selten vor, so daß bei Aufnahme ein Wert von 0,8 sich bildet, der erheblich unter dem Mittelwert von 1,7 liegt. Bei Entlassung sinkt der Wert für das psychoorganische Syndrom bei Patienten mit paranoiden Syndromen auf einen Wert von 0,5 ab.

Der Aufnahmewert für das manische Syndrom liegt mit 1,7 etwas unter dem durchschnittlichen Syndromwert von 1,8 und bei Entlassung ergibt sich ein Wert von 0,6.

Mittlere Häufigkeiten in überwiegend mittlerer Ausprägung, der AMDP - Items des Hostilitätssyndroms, ergeben einen Wert, der bei Aufnahme mit 5,3 weit über dem Mittelwert von 2,7 liegt. Bei Entlassung liegt der ermittelte Wert mit 3,2 noch immer über dem Durchschnittswert, obwohl die Häufigkeit des Hostilitätssyndroms im Vergleich zur Aufnahme abnimmt.

Das vegetative Syndrom kommt sehr selten vor und es ergeben sich für die Aufnahme ein Wert von 1,0 und bei Entlassung ein Wert von 0,6.

Beide Werte liegen unter dem Syndrommittelwert von 1,7 für das vegetative Syndrom

Mit 4,3 als Aufnahmewert für das apathische Syndrom, liegt der Wert über dem Syndrommittelwert von 3,7 und bei Entlassung liegt der Wert mit 2,5 deutlich unter dem Mittelwert. Unter den dieses Syndrom zusammensetzenden Symptomen kommen die Items affektstarr und sozialer Rückzug häufig in meist mittlerer Ausprägung vor.

(Tab.: 13.6)

(Abb.: 11.7 ; Abb.: 11.8)

3.12.7. Psychische Erkrankungen bei Blutsverwandten der Patienten mit paranoiden Syndromen

Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit paranoiden Syndromen sind in 48 % der Fälle nicht festzustellen. Bei weiteren 26 %

sind diesbezüglich keine Angaben erfolgt.

In 26 % der Fälle geben die Patienten eine psychische Erkrankung bei Blutsverwandten an. Diese erkranken in 7 % der Fälle in der gleichen Art wie die Patienten und mit der gleichen Häufigkeit in einer von der des Patienten unterschiedlichen Erkrankung. Die Erkrankungsart ist in 13 % der Fälle nicht bestimmbar.

(Tab.: 13.7)

3.12.8. Erkrankungsdauer der Patienten mit paranoiden Syndromen

Die Erkrankungsdauer der Patienten mit paranoiden Syndromen beträgt zwischen 0 und 29 Jahren.

Die meisten Patienten (55 %) sind weniger als 5 Jahre krank. Bei 16 % der Patienten liegt eine Erkrankungsdauer zwischen 5 und 9 Jahren und bei 12 % zwischen 10 und 14 Jahren. Längere Krankheitsdauer kommt nur vereinzelt vor.
(Tab.: 13.8)

3.13. Diagnosegruppe XIII : Andere nicht organische Psychosen

Im Untersuchungszeitraum 1983 wird die Diagnose reaktiver Erregungszustand, reaktiver Verwirrheitszustand, akute paranoide Reaktion, psychogene Psychose mit paranoider Symptomatik und nicht näher bezeichnete Psychose, die hier zu einer Diagnosegruppe zusammengestellt werden, bei insgesamt 12 Patienten gestellt.

Damit beträgt die Häufigkeit dieser Diagnosen in der Klinikpopulation 1 %.

In der Gruppe der nicht organischen Psychosen bedeutet dies einen Anteil von 1 %.

3.13.1. Geschlechtsverteilung

Von den 12 Patienten dieser Diagnosegruppe sind 50 % Männer und 50 % Frauen. Die Geschlechterverteilung stellt sich 1 : 1 dar.

(Tab.: 14.1)

3.13.2. Altersverteilung

Das Durchschnittsalter der Patienten dieser Diagnosegruppe beträgt 37 Jahre.

Behandelt werden Patienten im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Je 25 % der Patienten sind zwischen 15 und 19 Jahren, 40 und 44 sowie 45 und 49 Jahren alt. Die älteren Altersgruppen kommen in der Alterskurve etwas häufiger vor.

Das Durchschnittsalter der Männer mit 35 Jahren liegt mit 4 Jahren unter dem Durchschnittsalter der Frauen von 39 Jahren.

Das Durchschnittsalter der Diagnosegruppe liegt um 4 Jahre unter dem Gesamtdurchschnitt von 41 Jahren.

(Tab.: 14.2)

3.13.3. Aufenthaltsdauer

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten dieser Diagnosegruppe beträgt 28 Tage. Die Aufenthaltsdauer schwankt zwischen einer und 16 Wochen. Eine Häufung der Patientenzahlen läßt sich im Behandlungszeitraum 1. mit 4. Woche feststellen, nachdem 83 % der Patienten wieder entlassen sind.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Männer beträgt 22 Tage, bei Frauen 35 Tage. Die Aufenthaltsdauer der Männer ist um 13 Tage im Vergleich zu der der Frauen erheblich verkürzt.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in dieser Diagnosegruppe ist bei Vergleich mit den anderen Diagnosegruppen die zweitkürzeste und bei den Männern die kürzeste. Bei den Frauen ist dies die zweitkürzeste Aufenthaltsdauer bei Vergleich der Diagnosegruppen.

(Tab.: 14.3)

3.13.4. PSB - Werte

Der durchschnittliche PSB - Wert der Patienten bei Aufnahme beträgt 37 und bei Entlassung 63. Dies bedeutet eine durchschnittliche Verbesserung um 26.

Die Männer mit einem durchschnittlichen Aufnahmewert von 46, erreichen bei Entlassung einen PSB - Wert von 65, was eine Verbesserung um 19 bedeutet.

Die Frauen mit einem durchschnittlichen Aufnahme - PSB - Wert von 28, erreichen bei Entlassung einen PSB - Wert von 60, was eine Verbesserung um 32 bedeutet. Die Frauen können den PSB- Wert um durchschnittlich 13 mehr als die Männer der Diagnosegruppe verbessern.

Bei Aufnahme haben die Patienten der Diagnosegruppe PSB - Werte zwischen 21 und 91. Einen PSB - Wert bei Aufnahme im Bereich zwischen 21 und 30 und zwischen 31 und 40 haben je 33 % der Patienten und 25 % werden mit einem PSB - Wert von 41 bis 50 aufgenommen.

Bei Entlassung haben die Patienten der Diagnosegruppe PSB - Werte zwischen 41 und 90. Je 17 % der Patienten erreichen bei Entlassung einen Wert zwischen 41 und 50 bzw. zwischen 71 und 80. und einen Wert bei Entlassung im Bereich von 51 bis 60 und von 61 bis 70 erzielen je 25 %. Während des Aufenthalts kann der PSB - Wert um 0 bis 49 verbessert werden. Je 25 % der Patienten steigern den Aufnahmewert um 20 bis 29 und um 40 bis 49, und je 17 % verbessern ihre Aufnahme - PSB - Werte um 0 bis 9 bzw. 10 bis 19.

In dieser Diagnosegruppe kann die drittgrößte PSB - Steigerung erreicht werden und bei den Frauen ist dies die größte Steigerung bei Vergleich der Diagnosegruppen.

(Tab.: 14.4)

3.13.5. Symptomatik bei Patienten mit anderen nicht organischen Psychosen

3.13.5.1. Psychischer Befund

Bewußtseins- und Orientierungsstörungen kommen nicht vor.

Aufmerksamkeit- und Gedächtnisstörungen kommen bei Aufnahme bei 67 % der Patienten in Form von Konzentrationsstörungen vor, wobei bei Entlassung bei 42 % noch eine leichte Symptomatik gefunden wird.

Weitere Symptome kommen nur sehr selten vor.

Formale Denkstörungen kommen nicht sehr häufig vor. Bei Aufnahme erscheinen 25 % der Patienten stark eingeengt, 17 % sind verlangsamt, perseverierend, reden vorbei und sind inkohärent. Bei Entlassung kommt eine entsprechende Symptomatik bei nur wenigen Patienten vor.

Befürchtungen und Zwänge
Mittelgradiges Mißtrauen kommt bei Aufnahme bei 58 % der Patienten vor und bei Entlassung sind noch 33 % leicht mißtrauisch.

W a h n

Als häufigstes Symptom dieser Gruppe kommt ein mittelgradiger Verfolgungswahn bei 67 % der Patienten vor, bei Entlassung ist bei 25 % noch eine leichte Symptomatik festzustellen. Weitere häufige Symptome bei Aufnahme sind : Beziehungs- wahn (58 %), Wahnstimmung (58 %), Wahndynamik (50 %) und Wahngedanken (42 %). Weitere Symptome kommen selten vor. Bei Entlassung schwächt sich Häufigkeit und Ausprägung der Symptome ab.

S i n n e s t ä u s c h u n g e n u n d I c h - S t ö r -
u n g e n kommen nur ganz selten vor.

S t ö r u n g e n d e r A f f e k t i v i t ä t

Bei Aufnahme sind 83 % der Patienten stark ängstlich und bei Entlassung sind dies noch 33 % in leichter Form.

Weiterhin sind bei Aufnahme folgende Symptome häufig: deprimiert (58 %), innerlich unruhig (58 %), hoffnungs- los (25 %), gereizt (25 %), Schuldgefühle (25 %) und affektlabil (25 %).

Weitere Symptome kommen seltener vor. Bei Entlassung schwächt sich die Symptomatik deutlich ab.

A n t r i e b s- u n d p s y c h o m o t o r i s c h e Störungen

Bei Aufnahme sind 50 % der Patienten motorisch unruhig, 33 % im Antrieb gesteigert und 25 % antriebsarm.

C i r c a d i a n e B e s o n d e r h e i t e n kommen nicht vor.

A n d e r e S t ö r u n g e n

Bei Aufnahme fehlt bei 50 % der Patienten Krankheitseinsicht völlig und ist auch bei 42 % der Patienten noch nicht zu bemerken. Erhöhte Ablenkbarkeit findet sich bei Aufnahme bei 42 % der Patienten und 42 % sind stark depressiv. Sozialer Rückzug bei Aufnahme zeigt sich bei 33 % der Patienten. Weitere Symptome kommen seltener vor.

Bei Entlassung schwächt sich Häufigkeit und Ausprägungs- grad der meisten Symptome deutlich ab.

3.13.5.2. Somatischer Befund

Die meisten Patienten geben Schlafstörungen an. Bei Aufnahme kommen bei 67 % der Patienten stärkere Einschlafstörungen und bei 50 % Durchschlafstörungen vor. Die Schlafdauer ist bei 33 % verkürzt.

Bei Entlassung klagt je nur ein Patient über eine leichte Symptomatik.

Weitere somatische Beschwerden werden nur von einzelnen Patienten angegeben.

3.13.5.3. Zusammenfassung des psychischen und somatischen Befundes

Patienten mit anderen nicht organischen Psychosen haben bei Aufnahme häufig Konzentrationsstörungen, sind im Denken eingeeengt und sehr mißtrauisch. Die meisten Patienten haben eine ausgeprägte Wahnstimmung und einen Beziehungswahn oder Verfolgungswahn erheblicher Dynamik. Im Affekt sind die Patienten meist ängstlich, innerlich unruhig und deprimiert. Im Antrieb ist oft eine Steigerung festzustellen und die Patienten sind sehr oft motorisch unruhig. An weiteren Störungen kommt sozialer Rückzug oft vor und die Krankheitseinsicht ist fast immer stark reduziert.

An somatischen Störungen kommen Schlafstörungen oft vor.
(Tab.: 14.3)

3.13.6. Syndrome bei Patienten mit anderen nicht organischen Psychosen

Der Aufnahmewert für das paranoid - halluzinatorische Syndrom für Patienten mit anderen nicht organischen Psychosen liegt mit 6,7 erheblich über dem Durchschnittswert von 2,5. Dieser Wert stellt bei Vergleich der übrigen Diagnosegruppen den niedrigsten Wert dar. Bei Entlassung liegt der Syndrommittelwert mit 1,5 deutlich unter dem

Durchschnitt. Unter den dieses Syndrom bildenden Items sind besonders die Symptome Wahnstimmung, Wahndynamik, Beziehungswahn und Verfolgungswahn häufig, die in meist mittlerer Ausprägung vorkommen.

Der Aufnahmewert des depressiven Syndroms liegt mit 5,3 unter dem durchschnittlichen Syndromwert von 7,6 und bei Entlassung ergibt sich ein Wert von 1,3. Die das depressive Syndrom zusammensetzenden AMDP - Items kommen sehr selten vor, nur die Symptome deprimiert und Durchschlafstörungen kommen häufiger vor.

Sämtliche das psychoorganische Syndrom bildenden Items kommen nur selten vor, so daß bei Aufnahme ein Wert von 0,3 sich ausbildet, der weit unter dem durchschnittlichen Syndromwert von 1,7 liegt. Bei Entlassung sinkt der Wert für das psychoorganische Syndrom bei Patienten dieser Diagnosegruppe auf einen Wert von 0,0 ab.

Der Aufnahmewert für das manische Syndrom liegt mit 2,5 über dem Syndrommittelwert von 1,9 und bei Entlassung ergibt sich ein Wert von 0,2. Die das Syndrom zusammensetzenden Items kommen etwa gleich häufig vor, außer dem Symptom motorisch unruhig, das in meist mittlerer Ausprägung zu finden ist.

Mittlere Häufigkeiten in überwiegend mittelgradiger Ausprägung, der AMDP -Items des Hostilitätssyndroms, ergeben einen Wert, der bei Aufnahme mit 3,7 über dem durchschnittlichen Syndromwert von 2,7 liegt. Bei Entlassung liegt der ermittelte Wert mit 1,5 unter dem Mittelwert.

Das vegetative Syndrom kommt sehr selten vor und es ergeben sich für die Aufnahme ein Wert von 0,9 und bei Entlassung ein Wert von 0,2. Beide Werte liegen unter dem Syndrommittelwert von 1,7 für das vegetative Syndrom. Mit 3,0 als Aufnahmewert für das apathische Syndrom, liegt der Wert unter dem Syndrommittelwert von 3,7 und bei Entlassung liegt der Wert mit 1,7 ebenfalls darunter.

(Tab.: 14.6)

3.13.7. Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit anderen nicht organischen Psychosen

Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit anderen nicht organischen Psychosen sind in 42 % der Fälle nicht festzustellen. Bei weiteren 8 % sind diesbezüglich keine Angaben erfolgt. In 50 % der Fälle geben die Patienten eine psychische Erkrankung bei Blutsverwandten an. Diese erkranken in 17 % der Fälle in der gleichen Art wie die Patienten und eine Erkrankung anderer Art kommt bei 8 % vor. Die Erkrankung ist mit einer Häufigkeit von 25 % in ihrer Art nicht bestimmbar.

(Tab.: 14.7)

3.13.8. Erkrankungsdauer bei Patienten mit anderen nicht organischen Psychosen

Die Erkrankungsdauer bei Patienten mit anderen nicht organischen Psychosen liegt zwischen 0 und 5 Jahren. Bei 33 % der Patienten liegt die Ersterkrankung vor und 25 % sind seit einem Jahr krank. Die Häufigkeit bei längerer Erkrankungsdauer nimmt kontinuierlich ab.

(Tab.: 14.8)

4. Erstellung von diagnosespezifischen Symptomprofilen

4.1. Notwendigkeit der diagnosespezifischen Symptomprofile

Die Bildung von verschiedenen Syndrommittelwerten (Tab. 1.8) kann zur Abgrenzung der einzelnen Diagnosen keinen Beitrag liefern. Der Vergleich zeigt, daß die Syndromwerte teilweise sehr nahe beieinander liegen und die das Syndrom zusammensetzenden Symptome für alle Diagnosen gleich sind. So kommen andere für eine bestimmte Diagnose sehr typische Symptome nicht zur Betrachtung und gehen in den Syndromwert nicht ein.

Eine Abgrenzung der hier dargestellten Diagnosegruppen untereinander kann durch Bildung von Syndromwerten nicht erreicht werden. Deshalb wird versucht an Hand der Symptomatik ein für jede Diagnosegruppe eigenes, spezifisches Symptomprofil zu bilden, womit dann eine bessere Abgrenzung erreicht werden soll.

Die Symptomatik für die Erstellung eines Symptomprofils setzt sich zusammen aus sehr häufigen und in starker Ausprägung vorkommenden Symptomen, sowie aus Symptomen, die mit entsprechender Häufigkeit nur in der entsprechenden Diagnosegruppe vorkommen.

Am Anfang werden, für schizophrene und paranoide Psychosen, jeweils getrennt, die in allen Diagnosegruppen gemeinsamen, häufigen Symptome als gemeinsame Schnittmenge dargestellt. Daran schließen sich die jeweils für die Diagnosegruppe zur gemeinsamen Schnittmenge zusätzlichen, spezifischen Symptome an.

4.2. Tabellarisches Symptomprofil

Symptomgruppe
ORIENTIERUNGSSTÖRUNGEN

Diagnosegruppen

BEWUßTSEINSSTÖRUNGEN

Schizophrene Psychosen

keine

zusätzlich bei:

Hebephrene Schizophrenie

Katatone Schizophrenie

Paranoide Schizophrenie

Schizophrene Episode

Schizophrene Rest- und

Defektzustände

Schizoaffektive Psychose

Andere Schizophrenieform.

nicht näher bezeichnete

Schizophrenieformen

Paranoide Syndrome

keine

zusätzlich bei:

Einfache paranoide Psychose

Paranoia

Paraphrenie

Induzierte Psychose

nicht näher bezeichnete

paranoide Syndrome

Andere nicht organische

keine

Psychosen

Diagnosegruppen	Symptomgruppe AUFMERKSAMKEITSSTÖRUNGEN
Schizophrene Psychosen	Konzentrationsstörungen
zusätzlich bei:	
Hebephrene Schizophrenie	Auffassungsstörungen Merkfähigkeitsstörungen Gedächtnisstörungen
Katatone Schizophrenie	
Paranoide Schizophrenie	
Schizophrene Episode	Auffassungsstörungen Merkfähigkeitsstörungen Gedächtnisstörungen
schizophrene Rest- und Defektzustände	Auffassungsstörungen
Schizoaffektive Psychose	Auffassungsstörungen Merkfähigkeitsstörungen Gedächtnisstörungen
Andere Schizophrenieformen nicht näher bezeichnete Schizophrenieformen	
Paranoide Syndrome	Konzentrationsstörungen
zusätzlich bei:	
Einfache paranoide Psychose	
Paranoia	
Paraphrenie	Merkfähigkeitsstörungen
Induzierte Psychose nicht näher bezeichnete paranoide Syndrome	
Andere nicht organische Psychosen	keine

Diagnosegruppe	Symptomgruppe FORMALE DENKSTÖRUNGEN
Schizophrene Psychosen	inkohärent vorbeireden verlangsamt
zusätzlich bei:	
Hebephrene Schizophrenie	alle Symptome ohne Schwerpunkt
Katatone Schizophrenie	gehemmt
Paranoide Schizophrenie	engeengt
Schizophrene Episode	Gedankendrängen ideenflüchtig
Schizophrene Rest- und Defektzustände	umständlich gesperrt engeengt
Schizoaffective Psychose	Gedankendrängen ideenflüchtig
Andere Schizophrenieformen nicht näher bezeichnete Schizophrenieformen	
Paranoide Syndrome	engeengt
zusätzlich bei:	
Einfache paranoide Psychose	
Paranoia	verlangsamt umständlich
Paraphrenie	umständlich
induzierte Psychose nicht näher bezeichnete paranoide Syndrome	
Andere nicht organische Psychosen	

Diagnosegruppen	Symptomgruppe BEFÜRCHTUNGEN und ZWÄNGE
Schizophrene Psychosen	
zusätzlich bei:	
Hebephrener Schizophrenie	
Katatone Schizophrenie	
Paranoide Schizophrenie	Mißtrauen
Schizophrene Episode	Mißtrauen
Schizophrene Rest- und Defektzustände	
Schizoaffektive Psychose	
Andere Schizophrenieformen	
nicht näher bezeichnete Schizophrenieformen	Mißtrauen
Paranoide Syndrome	Mißtrauen
zusätzlich bei:	
Einfache paranoide Psychose	
Paranöia	
Paraphrenie	
Induzierte Psychose	
nicht näher bezeichnete paranoide Syndrome	
Andere nicht organische Psychosen	Mißtrauen

Diagnosegruppen	Symptomgruppe WAHN
Schizophrene Psychosen	Wahngedanken Beziehungswahn Verfolgungswahn
zusätzlich bei: Hebephrener Schizophrenie	Hypochondrischer Wahn Größenwahn
Katatone Schizophrenie	Wahnstimmung andere Wahninhalte
Paranoide Schizophrenie	Wahnstimmung systematisierter Wahn Wahndynamik
Schizophrene Episode	Wahnstimmung Wahndynamik Größenwahn
Schizophrene Rest- und Defektzustände	
Schizoaffective Psychose	Wahnstimmung Wahndynamik
Andere Schizophrenieformen nicht näher bezeichnete Schizophrenieformen	
Paranoide Syndrome	Systematisierter Wahn Wahndynamik Wahngedanken Verfolgungswahn
Einfache paranoide Psychose	
Paranoia	
Paraphrenie	
Induzierte Psychose nicht näher bezeichnete paranoide Syndrome	
Andere nicht organische Psychosen	Wahnstimmung Verfolgungswahn

Diagnosegruppen	Symptomgruppe SINNESTÄUSCHUNGEN
Schizophrene Psychosen	keine
zusätzlich bei:	
Hebephrene Schizophrenie	Stimmenhören Körperhalluzinationen
Katatone Schizophrenie	Stimmenhören
Paranoide Schizophrenie	Stimmenhören Körperhalluzinationen
Schizophrene Episode	Illusionen Stimmenhören Personenverkennung
Schizophrene Rest- und Defektzustände	
Schizoaffektive Psychose	Personenverkennung
Andere Schizophrenieformen nicht näher bezeichnete Schizophrenieformen	
Paranoide Syndrome	keine
Einfache paranoide Psychose Paranoia	
Paraphrenie	Stimmenhören Körperhalluzinationen
Induzierte Psychose nicht näher bezeichnete paranoide Syndrome	
Andere nicht organische Psychosen	keine

Diagnosegruppen	Symptomgruppe ICH - STÖRUNGEN
Schizophrene Psychosen	keine
zusätzlich bei:	
Hebephrener Schizophrenie	Derealisation andere Fremdbeeinflussung
Katatone Schizophrenie	Derealisation Depersonalisation
Paranoide Schizophrenie	Depersonalisation andere Fremdbeeinflussung
Schizophrene Episode	Depersonalisation Derealisation
Schizophrene Rest- und Defektzustände	
Schizoaffektive Psychose	Derealisation
Andere Schizophrenieformen nicht näher bezeichnete Schizophrenieformen	
Paranoide Syndrome	keine
zusätzlich bei:	
Einfacher paranoider Psychose Paranoia	
Paraphrenie	andere Fremdbeeinflussung
Induzierte Psychose nicht näher bezeichnete paranoide Syndrome	
Andere nicht organische Psychosen	Derealisation

Diagnosegruppen	Symptomgruppe STÖRUNGEN DES AFFEKTS
Schizophrene Psychosen	deprimiert ängstlich dysphorisch gereizt innerlich unruhig
zusätzlich bei: Hebephrene Schizophrenie	affektarm flache Euphorie gesteigertes Selbstwertgefühl affektstarr Parathymie
Katatone Schizophrenie	ratlos affektarm ambivalent affektstarr Parathymie
Paranoide Schizophrenie	affektarm gesteigertes Selbstwertgefühl affektstarr Parathymie
Schizophrene Episode	ratlos euphorisch ambivalent Schuldgefühle affektlabil
Schizophrene Rest- und Defektzustände	affektarm flache Euphorie affektstarr Parathymie
Schizoaffektive Psychose	ratlos euphorisch ambivalent gesteigertes Selbstwertgefühl Schuldgefühle affektlabil

Diagnosegruppen	Symptomgruppe STÖRUNGEN DES AFFEKTS
Andere Schizophrenieformen nicht näher bezeichnete Schizophrenieformen	affektarm affektstarr
Paranoide Syndrome	deprimiert ängstlich dysphorisch innerlich unruhig
zusätzlich bei: Einfache paranoide Psychose Paranoia	affektstarr klagsam ambivalent
Paraphrenie	Störung der Vitalgefühle klagsam hoffnungslos
Induzierte Psychose nicht näher bezeichnete paranoide Syndrome	
Andere nicht organische Psychosen	keine

Diagnosegruppen	Symptomgruppe ANTRIEBS- und PSYCHOMOTORISCHE STÖRUNGEN
Schizophrene Psychosen	antriebsgesteigert motorisch unruhig
zusätzlich bei:	
Hebephrene Schizophrenie	antriebsarm Aktivitätsverlust maniert
Katatone Schizophrenie	Parakinesen maniert mutistisch agitiert hyperkinetische katatone Synd. hypokinetische " " andere " " Verlangsamung Aktivitätsverlust gehemmt
Paranoide Schizophrenie	antriebsarm
Schizophrene Episode	antriebsgehemmt agitiert
Schizophrene Rest- und Defektzustände	antriebsarm Aktivitätsverlust verlangsamt
Schizoaffektive Psychose	antriebsgehemmt agitiert
Paranoide Syndrome	Antriebssteigerung motorisch unruhig antriebsgehemmt Aktivitätsverlust
zusätzlich bei:	
Einfache paranoide Psychose	
Paranoia	
Paraphrenie	antriebsarm
Induzierte Psychose	
nicht näher bezeichnete paranoide Syndrome	

Diagnosegruppen	Symptomgruppe ANDERE STÖRUNGEN
Schizophrene Psychosen	sozialer Rückzug Mangel an Krankheitsgefühl Mangel an Krankheitseinsicht Ablehnung der Behandlung Aggressivität
zusätzlich bei: Hebephrene Schizophrenie	soziale Umtriebigkeit Suizidalität vertrauliche Distanzlosigkeit Autismus
Katatone Schizophrenie	Aggressivität pflegebedürftig Autismus
Paranoide Schizophrenie	Autismus
Schizophrene Episode	Personenverkenntung überwertige Ideen
Schizophrene Rest- und Defektzustände	Pflegebedürftig Autismus
Schizoaffektive Psychose	Aggressivität soziale Umtriebigkeit Personenverkenntung
Andere Schizophrenieformen nicht näher bezeichnete Schizophrenieformen	
Paranoide Syndrome	sozialer Rückzug Mangel an Krankheitseinsicht Mangel an Krankheitsgefühl
zusätzlich bei: Einfache paranoide Psychose Paranoia Paraphrenie Induzierte Psychose nicht näher bezeichnete	

Diagnosegruppen	Symptomgruppe SOMATISCHE STÖRUNGEN
Schizophrene Psychosen	Einschlafstörungen Durchschlafstörungen Appetitverminderung
zusätzlich bei:	
Hebephrene Schizophrenie	
Katatone Schizophrenie	
Paranoide Schizophrenie	
Schizophrene Episode	
Schizophrene Rest- und Defektzustände	
Schizoaffective Psychose	Verkürzung der Schlafdauer
Andere Schizophrenieformen nicht näher bezeichnete Schizophrenieformen	
Paranoide Syndrome	Einschlafstörungen Durchschlafstörungen Appetitverminderung
zusätzlich bei:	
einfache paranoide Psychose	
Paranoia	
Paraphrenie	
Induzierte Psychose	
nicht näher bezeichnete paranoide Syndrome	
Andere nicht organische Psychosen	keine

4.3. Zusammenfassung der diagnosespezifischen Symptomprofile

Die paranoiden Psychosen sind gekennzeichnet durch einige wenige Symptomgruppen, wobei dabei jeweils nur wenige Symptome vorkommen.

Die schizophrenen Psychosen zeigen gegenüber den paranoiden Psychosen eine vielfältigere und vielschichtigere Symptomatik. Sie zeigen Störungen in fast allen Symptomgruppen und ein buntes symptomatisches Bild.

Das Symptomprofil, der einzelnen Diagnosegruppen kann in den einzelnen Symptomgruppen gleich oder ähnlich sein, jedoch die Betrachtung der Symptomgruppen in ihre Gesamtheit, ermöglicht die Abgrenzung der einzelnen Diagnosegruppe. Unter Einbeziehung aller Symptomgruppen erscheint eine klare Abgrenzung der Diagnosegruppen möglich, d.h. es müssen zur sicheren Diagnostik immer alle Bereiche betrachtet werden, und nicht nur eine Symptomgruppe, mag die auch momentan im klinischen Bild im Vordergrund stehen. So ergibt sich für jede Diagnosegruppe ein eigenes, typisches Symptomprofil.

Die Symptomprofile der schizophrenen Episode und der schizoaffectiven Psychose sind sich sehr ähnlich, so daß es sinnvoll erscheint, hier auch den Krankheitsverlauf zur klaren Unterscheidung miteinzubeziehen. Bei schizophrener Episode ist in 80 % bis zu einem Jahr seit Krankheitsmanifestation vergangen, während bei schizoaffectiver Psychose ein einjähriger Verlauf nur bei 12 % gesehen wird, jedoch 75 % eine Krankheitsdauer bis zu 10 Jahren zeigen.

Dieses Symptomprofil soll eine bessere diagnostische Differenzierung der schizophrenen und paranoiden Psychosen liefern. Es ist durch die psychopathologische Symptomatik eines Jahrgangs (durch Vergleich mit dem Jahrgang 82 in der Stabilität auch bestätigt) erstellt und basiert auf der statistischen Verteilung von Symptomen. Im Einzelfall, der diagnostisch einzuordnen ist, spricht eine dem Symptomprofil entsprechende Symptomatik, stark für die bestimmte Diagnose, jedoch widerspricht eine Symptomatik mit anderen seltenen Symptomen (Tab.1.7) die nicht im Symptomprofil erfaßt sind, d.h. nicht häufig vorkommen, einer bestimmten Diagnose nicht.

4.4. Überprüfung der Symptomprofile

Die jeweiligen diagnosespezifischen Symptomprofile, die durch die Häufigkeitsverteilung im AMDP - System erstellt werden, sollen auf ihre Gültigkeit hin überprüft werden. Im ersten Schritt wird versucht die schizophrenen und paranoiden Psychosen von allen anderen Diagnosen des Jahrgangs abzutrennen. Dies erfolgt mittels einer Symptomrangliste, die nach dem Symptomprofil (4.1 - 4.3) und der Häufigkeitsverteilung der Symptome ermittelt wird. Die Symptomausprägung mittel und schwer werden jeweils aufaddiert und alle Patienten des Jahrgangs werden nach dieser Rangliste geordnet. Die Ausprägung 1 bleibt unberücksichtigt.

Rangliste I : Symptomrangfolge zur Abtrennung der schizophrenen Psychosen

- 1) Konzentrationsstörungen
- 2) ängstlich
- 3) innerlich unruhig
- 4) Verfolgungswahn
- 5) Wahngedanken
- 6) Mangel an Krankheitseinsicht
- 7) motorisch unruhig
- 8) sozialer Rückzug
- 9) Beziehungswahn
- 10) inkohärent
- 11) gereizt
- 12) vorbeireden
- 13) Mangel an Krankheitsgefühl
- 14) verlangsamt
- 15) dysphorisch
- 16) Ablehnung der Behandlung

Ergebnisse:

Mit dieser Rangliste sollen die 397 Patienten mit schizophrenen Psychosen gefunden werden, die sich, da die Rangliste nur für diese Diagnosen zutrifft, jedoch alle Patienten des Jahrgangs nach dieser geordnet werden, an der Spitze der Auflistung finden.

Ausgewertet werden die 397 ersten Patienten, die nach dieser Liste angeordnet werden, da dies der Zahl der gesuchten Patienten entspricht.

Unter den ersten 397 Patienten finden sich 266 (67 %) der gesuchten Patienten.

Unter den 131 Fehltreffern finden sich 25 Treffer mit paranoiden Psychosen (54 % dieser Diagnosegruppe).

Die übrigen 106 Fehltreffer entsprechen 9 % der Patienten des gesamten Jahrgangs, ohne die schizophrenen und paranoiden Psychosen.

Diagnoseverteilung der Fehltreffer :

Senile und präsenile organische Psychosen	N = 2
Alkoholpsychosen	N = 6
Drogenpsychosen	N = 3
Vorübergehende organische Psychosen	N = 7
Andere organische Psychosen	N = 2
Affektive Psychosen	N = 76
Paranoide Syndrome	N = 25
Andere nicht organische Psychosen	N = 7
Persönlichkeitsstörungen	N = 3

Diagnoseverteilung der nicht getroffenen Patienten mit schizophrenen Psychosen

Hebephrene Schizophrenie	N = 24	(32 %)	% der jeweiligen
Katatone Schizophrenie	N = 7	(39 %)	Diagnosegruppe
Paranoide Schizophrenie	N = 22	(33 %)	

Schizophrene Episode	N = 9	(20 %)
Chronische Schizophrenie	N = 17	(44 %)
Schizoaffektive Psychose	N = 38	(30 %)
Andere, nicht näher be- zeichnete Schizophrenieformen	N = 13	(52 %)

Im zweiten Schritt wird versucht die schizophrenen Psychosen untereinander abzugrenzen. Dazu werden alle schizophrenen Patienten nach jeweils für jede Diagnosegruppe spezifischen Ranglisten geordnet.

Symptomrangfolge zur Abtrennung der hebephrenen Schizophrenie

- Rangliste IIa :
- 1) Parathymie
 - 2) affektarm
 - 3) antriebsarm
 - 4) Aktivitätsverlust
 - 5) affektstarr
 - 6) flache Euphorie
 - 7) Stimmenhören
 - 8) Autismus
 - 9) Größenwahn
 - 10) maniert
 - 11) Derealisation
 - 12) vertrauliche Distanzlosigkeit
 - 13) gesteigertes Selbstwertgefühl
 - 14) soziale Umtriebigkeit
 - 15) andere Fremdbeeinflussungen
 - 16) Körperhalluzinationen
 - 17) hypochondrischer Wahn

Ergebnisse :

Mit dieser Rangliste sollen von den 397 Patienten mit schizophrenen Psychosen die 75 Patienten mit hebephrener Schizophrenie abgetrennt werden.

Ausgewertet werden die 75 Patienten, die sich in der Auflistung an der Spitze der Patientenrangliste finden, da dies theoretisch 100% der gesuchten Gruppe darstellt. Unter den ersten 75 Patienten finden sich $N = 30$, dies sind 40 % der gesuchten Patienten mit hebephrener Schizophrenie. Der erwartete Wert bei Zufallsverteilung ist $N = 14$; $\hat{=} 19$ %.

Die 45 Fehltreffer verteilen sich auf die übrigen Schizophrenieformen.

Diagnosenverteilung der Fehltreffer

	% der Pat. der Diagnosegruppe	Erwartungswert bei Zufallsverteilung
Katatone Schizophrenie	$N = 9$ (50 %)	$N = 4$ (5 %)
Paranoide Schizophrenie	$N = 16$ (24 %)	$N = 13$ (17 %)
Schizophrene Episode	$N = 2$ (4 %)	$N = 8$ (11 %)
Chronische Schizophrenie	$N = 10$ (26 %)	$N = 8$ (10 %)
Schizoaffektive Psychose	$N = 3$ (2 %)	$N = 24$ (32 %)
andere, nicht näher be- zeichnete Schizophrenie- formen	$N = 5$ (20 %)	$N = 5$ (6 %)

Bildet man einen Quotienten aus Trefferhäufigkeit mit der Rangliste IIa und Trefferhäufigkeit bei Zufallsverteilung für die einzelnen Diagnosegruppen, so erhält man ein Maß der Treffsicherheit für die Rangliste.

Quotient:	10	3,3	2,6	2,1	1,4	0,4	0,1
Diagnose:	295.2	295.8/9	295.6	295.1	295.3	295.4	295.7

Symptomerangfolge zur Abtrennung der katatonen Schizophrenie

- Rangliste IIb :
- 1) affektarm
 - 2) affektstarr
 - 3) ambivalent

- 4) Wahnstimmung
- 5) Stimmenhören
- 6) Parathymie
- 7) maniriert
- 8) hypokinetische katatone Symptome
- 9) Autismus
- 10) mutistisch
- 11) verlangsamt
- 12) Aktivitätsverlust
- 13) Parakinesen
- 14) hyperkinetische katatone Symptome
- 15) Aggressivität
- 16) gehemmt
- 17) Derealisation
- 18) ratlos
- 19) Depersonalisation
- 20) agitiert

Ergebnisse :

Mit dieser Rangliste sollen von den 397 Patienten mit schizophrenen Psychosen die 18 Patienten mit katatoner Schizophrenie abgetrennt werden.

Ausgewertet werden die 18 Patienten, die sich in der Auflistung an der Spitze der Patientenrangliste finden, da dies theoretisch 100 % der gesuchten Gruppe darstellt. Unter den ersten 18 Patienten finden sich $N = 6$, dies entspricht 33 % der gesuchten Patienten mit katatoner Schizophrenie. Der erwartete Wert bei Zufallsverteilung beträgt $N = 1$; $\hat{=} 5$ %.

Diagnosenverteilung der Fehltreffer ($N = 12$)

	% der Pat. der Diagnosegruppe	Erwartungswert bei Zufallsverteilung
Hebephrene Schizophrenie	$N = 4$ (5 %)	$N = 3$ (19 %)
Paranoide Schizophrenie	$N = 1$ (6 %)	$N = 3$ (17 %)

Schizophrene Episode	N = 3 (7 %)	N = 2 (11 %)
Schizoaffective Psychose	N = 3 (2 %)	N = 6 (32 %)
andere, nicht näher be- zeichnete Schizophrenie- formen	N = 1 (4 %)	N = 1 (6 %)
Chronische Schizophrenie	-	N = 2 (10 %)

Bildet man einen Quotienten aus Trefferhäufigkeit mit der Rangliste IIb und Trefferhäufigkeit bei Zufallsverteilung für die einzelnen Diagnosegruppen, so erhält man ein Maß der Treffsicherheit für die Rangliste.

Quotient:	6,6	0,7	0,6	0,3	0,1	/
Diagnose:	295.2	295.8/9	295.4	295.1	295.3/7	295.6

Symptomrangfolge zur Abtrennung der paranoiden Schizophrenie

- Rangliste IIc :
- 1) Verfolgungswahn
 - 2) Mißtrauen
 - 3) Wahndynamik
 - 4) affektstarr
 - 5) systematisierter Wahn
 - 6) Stimmenhören
 - 7) Parathymie
 - 8) Wahnstimmung
 - 9) affektarm
 - 10) Autismus
 - 11) Depersonalisation
 - 12) antriebsarm
 - 13) eingeengt
 - 14) Körperhalluzinationen
 - 15) andere Fremdbeeinflussungen
 - 16) gesteigertes Selbstwertgefühl

Ergebnisse :

Mit dieser Rangliste sollen von den 397 Patienten mit schizophrenen Psychosen die 67 Patienten mit paranoider

Schizophrenie abgetrennt werden.

Unter den ersten 67 Patienten finden sich $N = 25$; dies sind 37 % der gesuchten Patienten mit paranoider Schizophrenie. Der erwartete Wert bei Zufallsverteilung beträgt $N = 11$; $\hat{=} 17$ %.

Diagnoseverteilung der Fehltreffer ($N = 42$)

	% der Pat. der Diagnosegruppe	Erwartungswert bei Zufallsverteilung
Hebephrene Schizophrenie	$N = 15$ (20%)	$N = 13$ (19 %)
Katatone Schizophrenie	$N = 2$ (11%)	$N = 3$ (5 %)
Schizophrene Episode	$N = 7$ (16%)	$N = 7$ (11 %)
chronische Schizophrenie	$N = 6$ (15%)	$N = 7$ (10 %)
Schizoaffektive Psychose	$N = 6$ (5%)	$N = 21$ (32 %)
andere, nicht näher be- zeichnete Schizophrenie- formen	$N = 6$ (24%)	$N = 4$ (6 %)

Bildet man einen Quotienten aus der Trefferhäufigkeit mit der Rangliste IIc und Trefferhäufigkeit bei Zufallsverteilung für die einzelnen Diagnosegruppen, so erhält man ein Maß der Treffsicherheit für die Rangliste.

Quotient:	4	2,2	1,5	1,1	0,2
Diagnose:	295.8/9	295.3/2	295.4/6	295.1	295.7

Symptomrangfolge zur Abtennung der schizophrenen Episode

Rangliste IID :	1) Wahnstimmung
	2) Wahndynamik
	3) Verfolgungswahn
	4) ambivalent
	5) Mißtrauen
	6) affektlabil
	7) Depersonalisation
	8) agitiert
	9) Größenwahn

- 10) Stimmehören
- 11) antriebsgehemmt
- 12) Derealisation
- 13) ratlos
- 14) Schuldgefühle
- 15) Personenverkennung
- 16) Auffassungsstörungen
- 17) ideenflüchtig
- 18) Illusionen
- 19) Merkfähigkeitsstörungen
- 20) überwertige Ideen

Ergebnisse :

Mit dieser Rangliste sollen von den 397 Patienten mit schizophrenen Psychosen die 45 Patienten mit einer schizophrenen Episode abgetrennt werden.

Unter den ersten 45 Patienten der Rangfolge finden sich $N = 17$; $\hat{=} 38 \%$ der gesuchten Patienten mit schizophrener Episode. Der erwartete Wert bei Zufallsverteilung beträgt $N = 5$; $\hat{=} 11 \%$.

Diagnoseverteilung der Fehltreffer ($N = 28$)

	% der Pat. der Diagnosegruppe	Erwartungswert bei Zufallsverteilung
Hebephrene Schizophrenie	$N = 1 (1 \%)$	$N = 9 (19 \%)$
Katatone Schizophrenie	$N = 2 (11 \%)$	$N = 2 (5 \%)$
Paranoide Schizophrenie	$N = 6 (9 \%)$	$N = 8 (17 \%)$
Schizoaffective Psychose	$N = 17 (13 \%)$	$N = 14 (32 \%)$
andere nicht näher be- zeichnete Schizophrenie- formen	$N = 2 (8 \%)$	$N = 3 (6 \%)$
chronische Schizophrenie	$N = 0 /$	$N = 5 (10 \%)$

Bildet man einen Quotienten aus der Trefferhäufigkeit mit der Rangliste II d und Trefferhäufigkeit bei Zufallsverteilung für die einzelnen Diagnosegruppen, so erhält man ein Maß der

Treffsicherheit für die Rangliste.

Quotient:	3,5	2,2	1,3	0,5	0,4	0,1	/
Diagnose:	295.4	295.2	295.8/9	295.3	295.7	295.1	295.6

Symptomrangfolge zur Abtrennung der schizophrenen Rest- und Defektzustände

- Rangliste IIe :
- 1) affektstarr
 - 2) affektarm
 - 3) antriebsarm
 - 4) Aktivitätsverlust
 - 5) Parathymie
 - 6) verlangsamt
 - 7) umständlich
 - 8) Auffassungsstörungen
 - 9) Autismus
 - 10) eingeengt
 - 11) gesperrt
 - 12) flache Euphorie
 - 13) pflegebedürftig

Ergebnisse :

Mit dieser Rangliste sollen von den 397 Patienten mit schizophrenen Psychosen die 39 Patienten mit schizophrenen Rest- und Defektzuständen abgetrennt werden.

Unter den ersten 39 Patienten der Rangfolge finden sich $N = 9$, dies entspricht 23 % der gesuchten Patienten mit chronischer Schizophrenie. Der erwartete Wert bei Zufallsverteilung beträgt $N = 4$; $\hat{=} 10$ %.

Diagnoseverteilung der Fehltreffer ($N = 30$)

	% der Pat. der Diagnosegruppe	Erwartungswert bei Zufallsverteilung
Hebephrene Schizophrenie	$N = 20$ (27%)	$N = 11$ (19 %)

Katatone Schizophrenie	N = 2 (11 %)	N = 2 (5 %)
Paranoide Schizophrenie	N = 4 (6 %)	N = 7 (17 %)
Schizophrene Episode	N = 2 (4 %)	N = 4 (11 %)
schizoaffektive Psychose	N = 0 /	N =12 (32 %)
andere, nicht näher be- zeichnete Schizophrenie- formen	N = 2 (8 %)	N = 2 (6 %)

Bildet man einen Quotienten aus der Trefferhäufigkeit mit der Rangliste Iie und Trefferhäufigkeit bei Zufallsverteilung für die einzelnen Diagnosegruppen, so erhält man ein Maß der Treffsicherheit für die Rangliste.

Quotient: 2,3 2,2 1,4 0,4 0,3 /
Diagnose: 295.6 295.2 295.1 295.3 295.8/9 295.7

Symptomrangfolge zur Abtrennung der schizoaffektiven Psychose

- Rangliste IIf :
- 1) Wahnstimmung
 - 2) Wahndynamik
 - 3) affektlabil
 - 4) aggressiv
 - 5) ambivalent
 - 6) euphorisch
 - 7) sozial umtriebig
 - 8) antriebsgehemmt
 - 9) ratlos
 - 10) gesteigertes Selbstbewußtsein
 - 11) agitiert
 - 12) ideenflüchtig
 - 13) Auffassungsstörungen
 - 14) Schuldgefühle
 - 15) Derealisation
 - 16) Personenverkenennung
 - 17) Gedankendrängen

Ergebnisse :

Mit dieser Rangliste sollen von den 397 Patienten mit schizophrenen Psychosen die 127 Patienten mit schizoaffectiver Psychose abgetrennt werden.

Unter den ersten 127 Patienten der Rangfolge finden sich N = 55, dies sind 43 % der gesuchten Patienten mit schizoaffectiver Psychose. Der erwartete Wert bei Zufallsverteilung beträgt N = 41 ; ± 32 %.

Diagnoseverteilung der Fehltreffer (N = 72)

	% der Pat. der Diagnosegruppe	Erwartungswert bei Zufallsverteilung
Hebephrene Schizophrenie	N = 20 (27%)	N = 24 (19%)
Katatone Schizophrenie	N = 7 (39%)	N = 6 (5%)
Paranoide Schizophrenie	N = 16 (24%)	N = 22 (17%)
Schizophrene Episode	N = 24 (53%)	N = 14 (11%)
Schizophrene Rest- und Defektzustände	N = 4 (10%)	N = 13 (10%)
andere nicht näher be- zeichnete Schizophrenie- formen	N = 1 (4%)	N = 8 (6%)

Bildet man einen Quotienten aus der Trefferhäufigkeit mit der Rangliste IIf und Trefferhäufigkeit bei Zufallsverteilung für die einzelnen Diagnosegruppen, so erhält man ein Maß der Treffsicherheit für die Rangliste.

Quotient:	7,8	4,8	1,4	1,3	1	0,7
Diagnose:	295.2	295.4	295.1/3	295.7	295.6	295.8/9

Symptomrangliste zur Abtrennung der Paranoiden Psychosen

- Rangliste III :
- 1) systematisierter Wahn
 - 2) Verfolgungswahn
 - 3) sozialer Rückzug
 - 4) Mißtrauen
 - 5) eingeengt
 - 6) Konzentrationsstörungen
 - 7) affektstarr
 - 8) antriebsgehemmt
 - 9) dysphorisch

Ergebnisse :

Mit dieser Rangliste sollen von den 443 Patienten (397 schizophrene und 46 paranoide Psychosen) die 46 Patienten mit paranoiden Psychosen abgetrennt werden.

Unter den ersten 46 Patienten der Rangliste finden sich $N = 7$, dies sind 15 % der gesuchten Patienten mit paranoiden Psychosen. Der erwartete Wert bei Zufallsverteilung beträgt $N = 5$; $\hat{=} 10$ %.

Die 39 Fehltreffer $\hat{=} 10$ % der schizophrenen Psychosen verteilen sich auf die Diagnosen paranoide Schizophrenie, schizoaffektive Psychose und schizophrene Episode.

Symptomrangfolge zur Abtrennung der Paraphrenie

- Rangliste IIIa :
- 1) Merkfähigkeitsstörung
 - 2) umständlich
 - 3) Stimmenhören
 - 4) Körperhalluzinationen
 - 5) klagsam
 - 6) andere Fremdbeeinflussung
 - 7) Störung der Vitalgefühle
 - 8) antriebsarm

Ergebnisse :

Mit dieser Rangliste sollen von den 46 Patienten mit paranoiden Psychosen die 15 Patienten mit Paraphrenie abgetrennt werden.

Unter den ersten 15 Patienten der Rangliste finden sich $N = 9$; $\hat{=} 60 \%$ der gesuchten Patienten mit Paraphrenie. Die 6 Fehltreffer $\hat{=} 19 \%$ verteilen sich auf die übrigen paranoiden Psychosen.

5. Diskussion

5.1. Einführung

Im Ergebnisteil wird die Symptomatik der schizophrenen Psychosen und paranoiden Syndrome, sowie der einzelnen Diagnosegruppen an Hand der Häufigkeit und der Ausprägung der im AMDP - System erfaßten Symptome dargestellt. Die Einteilung in 13 Diagnosegruppen erfolgt in enger Anlehnung an den ICD - Diagnoseschlüssel (9. Revision).

Vergleich der Ergebnisse aus den Jahrgängen 82 / 83

Der Vergleich zweier Jahrgänge mit den gleichen Diagnosen, die von unterschiedlichen Untersuchern nach identischen Kriterien bearbeitet wurden, erfolgt im Hinblick auf die Stabilität der Symptomatik bei den einzelnen Diagnosen.

Versuch der Differenzierung der Diagnosegruppen an Hand der erfaßten Symptomatik und Diskussion der Ergebnisse

Die im AMDP - System erfaßten Symptome und weitere Merkmale werden im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Klassifikation der schizophrenen Psychosen und paranoiden Syndrome untersucht. Die umfangreiche Zahl der erfaßten Items ermöglicht die Unterscheidung, welche spezifischen Symptome für die schizophrenen Psychosen und paranoiden Syndrome kennzeichnend sind, und wie weit sich die einzelnen Diagnosegruppen voneinander abgrenzen lassen. Für die Abgrenzung an Hand der Symptomatik ist die Häufigkeit, Ausprägung und Streuung der einzelnen Items maßgeblich. Ebenso die Syndrommittelwerte, die sich mathematisch aus einer bestimmten Anzahl spezifischer Symptome bilden lassen. Daneben sollen auch andere Merkmale (z.B. Altersstruktur) berücksichtigt werden.

Das erstellte Symptomprofil wird in jeweils spezifische Symptomranglisten übertragen, die dann bezüglich ihrer

Genauigkeit der Diagnostypisierung überprüft werden.
Von diesen Ergebnissen aus wird auch zur Abtrennbarkeit
und zum Standpunkt Kendells, der Nichtabtrennbarkeit der
einzelnen Diagnosen, Stellung bezogen.

5.2. Vergleich der schizophrenen Psychosen und paranoiden Syndrome der Jahre 1982 und 1983 bezüglich der Stabilität der demographischen Daten und der Symptomatik

Diagnosenvergleich

1983 werden 1585 Patienten, gegenüber 1982 Patienten im Jahr 1982 behandelt, was eine Reduktion der Patientenzahl um fast ein Viertel bedeutet.

Der Anteil der schizophrenen Psychosen und paranoiden Syndrome an der Diagnosenverteilung des jeweiligen Jahres ist fast unverändert. Lediglich die Diagnose hebephrene und paranoide Schizophrenie werden 1982 öfter als im Vergleichszeitraum gestellt, jedoch die Diagnosen schizophrene Episode und schizophrener Rest- und Defektzustand seltener.

Geschlechterrelation

Das Verhältnis der Männer zu Frauen von 2 : 3 ist in beiden Jahren bei den schizophrenen Psychosen und paranoiden Syndromen unverändert. In den Diagnosegruppen schizophrene Episode, schizoaffective Psychose und paranoide Syndrome ist 1983 ein erhöhter Anteil von Frauen gegenüber 1982 festzustellen, besonders bei den paranoiden Syndromen.

Durchschnittsalter

Das Durchschnittsalter der Patienten mit schizophrenen Psychosen bleibt mit 33 Jahren gleich, ebenso für Männer (31 Jahre) und Frauen (36 Jahre).

Die Diagnosegruppe katatone, hebephrene Schizophrenie, schizophrene Episode und schizoaffective Psychose sind bezüglich des Durchschnittsalters in beiden Jahren konstant.

Das Durchschnittsalter der Patienten mit paranoider Schizophrenie und schizophrenen Rest- und Defektzuständen

ist jeweils angestiegen, besonders durch den männlichen Patientenanteil.

Die paranoiden Syndrome zeigen in ihrer Summe eine unveränderte Altersstruktur in beiden Jahrgängen, jedoch hat sich bei einfacher paranoider Psychose und Paranoia das Durchschnittsalter um 8 Jahre auf 65 Jahre 1983 erhöht. Insgesamt ist eine leichte Tendenz zu höherem Durchschnittsalter zu sehen, wobei das etwa 5 Jahre höhere Durchschnittsalter der Frauen gegenüber den Männern in fast allen Diagnosegruppen stabil ist.

Aufenthaltsdauer

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten mit schizophrenen Psychosen und paranoiden Syndromen ist in beiden Jahren nahezu gleich.

Die Aufenthaltsdauer der männlichen Patienten mit schizophrenen Psychosen verlängert sich 1983 um 8 Tage auf 48 Tage.

Patienten der Diagnosegruppe katatone Schizophrenie und schizophrener Rest- und Defektzustand haben 1983 eine durchschnittlich kürzere Aufenthaltsdauer, besonders durch die kürzere Behandlungszeit der männlichen Patienten. Mit hebephrener und paranoider Schizophrenie, sowie schizoaffective Psychose haben vergleichsweise 1983 die Patienten einen etwa um 10 Tage längeren Aufenthalt.

Bei den paranoiden Psychosen ist keine Veränderung der Aufenthaltsdauer festzustellen.

PSB - Wert

Die PSB - Werte in den Jahren 82 und 83 für die schizophrenen Psychosen sind für beide Geschlechter bei Aufnahme und Entlassung unverändert.

Patienten mit hebephrener und paranoider Schizophrenie, sowie schizophrener Episode, schizoaffectiver Psychose und

anderen Schizophrenieformen werden in beiden Jahren gleich beurteilt.

Patienten mit der Diagnose katatone Schizophrenie werden bei Entlassung im Jahre 1982 besser beurteilt, bei niedrigeren Aufnahmewerten.

Die Gruppe der schizophrene Restzustände werden 83 bei Aufnahme höher bewertet, bei Entlassung ist dann kein Unterschied mehr feststellbar.

Die PSB - Werte der Patienten mit paranoiden Syndromen sind in beiden Jahren etwa gleich, bei insgesamt leicht erhöhten Werten 1982.

1983 können in allen Gruppen die Männer sehr viel weniger den PSB anheben, bei gleichen Aufnahmewerten als die Frauen, was auch bei den Patienten mit Paranoia, Paraphrenie und anderen paranoiden Syndromen besonders auffällig ist.

Patienten mit anderen nicht organischen Psychosen werden 1982 insgesamt etwas günstiger beurteilt, was hauptsächlich in einer stärkeren Verbesserung sichtbar wird.

Psychischer Befund

BEWUßTSEINSTÖRUNGEN kommen in beiden Jahren nicht vor.

ORIENTIERUNGSSTÖRUNGEN kommen 1982 sehr selten bei schizophrenen Episode und schizoaffektiver Psychose vor, 1983 dagegen nicht.

AUFMERKSAMKEITS- und GEDÄCHTNISSTÖRUNGEN

Konzentrationsstörungen kommen in beiden Jahren sehr häufig vor, 1983 öfter und schwerer als 1982, besonders bei den schizophrenen Psychosen. Die übrigen Symptome kommen in beiden Jahren etwa gleich häufig vor, wobei 1982 jeweils etwas höhere Werte angegeben werden.

FORMALE DENKSTÖRUNGEN

Die Symptome dieser Gruppe kommen 1982 bei schizophrenen Psychosen bis auf die Symptome verlangsamt und inkohärent, gleichhäufig oder häufiger als 1983 vor.

Bei den paranoiden Syndromen ist die Häufigkeit der Sympto-

matik in beiden Jahren etwa gleich, wobei 1982 der Tendenz nach eine etwas höhere Häufigkeit vorkommt.

Bei einfacher paranoider Psychose kommt das Symptom "Grübeln" 1982 deutlich häufiger vor und bei der Diagnose schizoaffektive Psychose das Symptom "gehemmt".

BEFÜRCHTUNGEN und ZWÄNGE

Am häufigsten kommt in dieser Symptomgruppe bei allen Diagnosegruppen das Symptom "Mißtrauen" vor, das bei 10-60 % der Patienten zu finden ist.

Bei Vergleich der beiden Jahrgänge sind die Patienten 1982 mit hebephrener und katatoner Schizophrenie bei Aufnahme und Entlassung in ungefähr 10 % der Fälle öfter mißtrauisch als 1983 und die Patienten mit paranoider Schizophrenie und schizophrenen Episode weniger oft mißtrauisch als 1983. Patienten mit paranoiden Syndromen erscheinen 1983 während ihres Aufenthalts öfter und stärker mißtrauisch als 1982. Die übrigen Symptome dieser Gruppe sind in beiden Jahrgängen gleich häufig zu finden.

WAHN

Der Vergleich der beiden Jahrgänge im Bereich der Wahnsymptome ist bei schizophrenen Psychosen ohne stärkere Auffälligkeiten durchzuführen, jedoch kommen folgende Symptome häufiger vor: Wahnstimmung, Wahneinfall, Wahndynamik, Beeinträchtigungswahn und Größenwahn.

Der Vergleich dieser Symptomgruppe bei paranoiden Syndromen zeigt in den meisten Symptomen 1982 eine etwas häufigere Symptomatik oder gleiche Häufigkeiten. Lediglich Wahnwahrnehmung kommt bei paranoiden Syndromen häufiger vor.

SINNESTÄUSCHUNGEN

Sinnestäuschungen kommen bei schizophrenen und paranoiden Psychosen in beiden Jahren gleich häufig vor. Das Symptom "Körperhalluzination" kommt dagegen 1982 bei allen Schizophrenieformen häufiger als 1983 vor.

ICH - STÖRUNGEN

Ich - Störungen kommen 1983 und 1982 etwa gleich häufig vor. Es fällt auf, daß die Symptomatik der Depersonalisation bei katatoner und paranoider Schizophrenie 1982

deutlich häufiger vorkommen.

Der Vergleich der paranoiden Syndrome zeigt keinen auffälligen Unterschied bezüglich der Häufigkeitsverteilung.

STÖRUNGEN des AFFEKTS

Bei schizophrenen Psychosen nimmt 1983 gegenüber 1982 die Häufigkeit folgender Symptome zu : ratlos, Störung der Vitalgefühle und parathym.

Eine Häufigkeitsabnahme 1983 ist bei folgenden Symptomen zu bemerken: ängstlich, gereizt und affektstarr.

Alle weiteren Symptome kommen in vergleichbarer Häufigkeit vor.

Bei Vergleich der paranoiden Syndrome kommen 1983 die Symptome deprimiert und Insuffizienzgefühle häufiger vor und weniger oft kommen 1983 folgende Symptome vor: affektarm, ängstlich, klagsam, ambivalent, parathym und affektstarr. Alle weiteren Symptome dieser Gruppe zeigen keine Häufigkeitsunterschiede in beiden Gruppen.

ANTRIEBS- und PSYCHOMOTORISCHE STÖRUNGEN

Dieser Symptombereich ist in beiden Jahrgängen bei schizophrenen Psychosen fast unverändert, das Symptom antriebsarm kommt 1983 in fast allen Diagnosen häufiger vor als 1982 und manifestiert 1983 weniger oft als 1982.

Der Vergleich der paranoiden Syndrome zeigt eine größere Häufigkeit von antriebsarm und theatralisch 1983, gleichzeitig antriebsgehemmt seltener.

CIRCADIANE BESONDERHEITEN kommen in beiden Jahren sehr selten vor.

ANDERE STÖRUNGEN

Der Vergleich der diese Symptome zusammenfassende Symptomgruppe zeigt eine größere Häufigkeit des Symptoms " zerfahrene Handlungen" im Jahr 1983 und eine weniger häufige Symptomatik der folgenden Symptome: aggressiv, kommentierende Stimmen, Autismus, vertrauliche Distanzlosigkeit, anhaltender Aktivitätsverlust, beobachtete Ablenkbarkeit und gehobene Stimmung während der Untersuchung.

Alle weiteren Symptome kommen bei schizophrenen Psychosen

in beiden Jahren gleich häufig vor.

Der Vergleich der paranoiden Syndrome zeigt 1982 eine größere Häufigkeit der Symptome: Mangel an Krankheitseinsicht und Krankheitsgefühl, beobachtete Ablenkbarkeit und anhaltender Aktivitätsverlust. Alle weiteren Symptome kommen gleich häufig vor.

Somatischer Befund

In beiden Jahren kommen somatische Störungen vergleichsweise selten vor und sind in ihrer Häufigkeit vergleichbar.

Schlafstörungen werden von Patienten mit paranoiden Syndromen 1983 etwas häufiger angegeben.

Syndrome

Das paranoid - halluzinatorische Syndrom kommt in beiden Jahren bei Aufnahme und Entlassung in vergleichbarem Mittelwert vor.

Das depressive Syndrom kommt bei Aufnahme bei Patienten mit paranoiden Syndromen 1982 mit einem größeren Mittelwert vor, sonst entsprechen sich die Mittelwerte.

Der psychoorganische Syndromwert liegt in beiden Jahren in allen Diagnosegruppen deutlich unter dem Syndrommittelwert.

Das manische Syndrom liegt bei Aufnahme bei schizophrenen Psychosen in beiden Jahren deutlich über dem Mittelwert. Der Syndromwert bei paranoiden Syndromen unterscheidet sich nicht vom Mittelwert.

Das Hostilitätssyndrom ist in beiden Jahren bei Patienten aller Diagnosegruppen vergleichbar und bei Aufnahme doppelt so groß als der Syndrommittelwert.

Das vegetative Syndrom kommt in beiden Jahren seltener als im Durchschnitt vor.

Das apathische Syndrom kommt in beiden Jahren bei Patienten mit schizophrenen Psychosen in einem doppelt so großen Wert, als dem Mittelwert vor. Bei Patienten mit paranoiden Syndromen ist der Syndromwert nur leicht erhöht.

Erkrankungen bei Blutsverwandten

Psychische Erkrankungen werden in beiden Jahren gleichhäufig bei 3o % bei schizophrenen Psychosen angegeben. Bei paranoiden Syndromen liegt die familiäre Belastung 1983 höher als 1982.

Erkrankungsdauer

Bei der Erkrankungsdauer der Patienten mit schizophrenen und paranoiden Psychosen lassen sich keine Unterschiede zwischen den beiden Jahrgängen feststellen.

5.3. Vergleichende Untersuchung über das Auftreten von psychischen und somatischen Leitsymptomen bei schizophrenen Psychosen und paranoiden Syndromen

Psychischer Befund

Bewußtseinsstörungen kommen in allen Diagnosegruppen nur vereinzelt vor. Die verschiedenen Bewußtseinsstörungen sind somit keine Symptome, die zur diagnostischen Abgrenzung der schizophrenen und paranoiden Psychosen im positiven Sinne herangezogen werden können. Ihr Fehlen ist mit der Diagnose einer schizophrenen und paranoiden Psychose vereinbar, während ihre Anwesenheit zur Überprüfung einer organischen Psychose wegweisend sein soll. Übereinstimmend dazu der niedrige psychoorganische Syndromwert.

Orientierungsstörungen treten nur in wenigen Diagnosegruppen in nennenswerter Häufigkeit auf: bei der schizophrenen Episode, der katatonen Schizophrenie und der schizoaffektiven Psychose. Orientierungsstörungen, bei organischen Psychosen vorkommend, sind zur Differenzierung der schizophrenen und paranoiden Syndrome wenig geeignet, zumal sie selten vorkommen. Sie können jedoch bei Vorhandensein und Ausschluß einer organischen Psychose auf die obigen Diagnosegruppen hinweisen, wenngleich sie für diese nicht kennzeichnend sind.

Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen stellen Symptome großer Häufigkeit dar und finden sich in allen Diagnosegruppen gleichmäßig verteilt. Sie kommen bei schizophrenen Psychosen doppelt so häufig vor als bei paranoiden Syndromen. Diese Symptome sind für keine Diagnosegruppe spezifisch, aber wegen ihrer Häufigkeit ist ihre Anwesenheit für die Diagnose zu fordern. Konzentrationsstörungen sind ein fester Bestandteil der schizophrenen Psychosen.

Innerhalb der schizophrenen Psychosen kommen Auffassungsstörungen bei chronischer Schizophrenie am häufigsten vor und relativ selten bei katatonen und paranoiden Schizophrenie, was als diagnostischer Hinweis gewertet werden kann. Bei gleichzeitigem Vorkommen von Auffassungsstörungen, Konzentrationsstörungen, Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen ist am ehesten an eine Hebephrenie, eine schizoaffective Psychose oder schizophrene Episode zu denken. Dies stimmt auch mit dem im Vergleich zu den übrigen Diagnosegruppen erhöhten psychoorganischen Syndromwert dieser Diagnosegruppe überein, der aufgrund dieser Symptome erhöht ist.

Für die paranoiden Syndrome ergibt sich kaum eine Differenzierungsmöglichkeit, jedoch das gemeinsam häufige Vorkommen von Merkfähigkeits- und Konzentrationsstörungen spricht für eine Paraphrenie, während die übrigen paranoiden Syndrome Merkfähigkeitsstörungen viel seltener zeigen.

Formale Denkstörungen kommen in jeder Diagnosegruppe vor. Es fällt auf, daß die paranoiden Syndrome ein mehr oligosymptomatisches Bild (verlangsamt, eingeengt und perseverierend) zeigen, im Gegensatz zur reichen Symptomatik der schizophrenen Psychosen, bei denen alle formalen Denkstörungen mit unterschiedlicher Häufigkeit vorkommen. Patienten mit einfacher paranoider Psychose sind häufig (62 %) eingeengt und gleichzeitig oft verlangsamt und umständlich. Dagegen zeigt das Symptomprofil der Paraphrenie den Schwerpunkt auf dem Symptom umständlich (47 %) und oft gleichzeitig mit dem Symptom eingeengt (33 %) gekoppelt.

Die schizophrenen Psychosen zeigen in jeder Diagnosegruppe gleichzeitig eine Vielfalt unterschiedlicher Denkstörungen. Die Symptome inkohärent/ zerfahren, vorbeireden, verlangsamt kommen in allen Diagnosegruppen mit bestimmender Häufigkeit vor.

Sie sind einzeln und in Kombination wohl zur Abgrenzung einer schizophrenen Psychose gegen andere Störungen geeignet, jedoch kaum zur Unterscheidung der Untergruppen. Die größte gleichzeitige Häufigkeit, der allen schizophrenen Psychosen gemeinsamen Symptome, findet man bei chronischer Schizophrenie. Daneben kommen die Symptome umständlich, gesperrt, eingeengt noch mit großer Häufigkeit gleichzeitig vor.

Die Symptome Gedankendrängen und ideenflüchtig finden sich bei schizophrenen Episode und schizoaffectiver Psychose deutlich häufiger als bei den anderen Formen. Sie sind zwar auch in diesen Diagnosegruppen nicht häufig, können aber bei Vorhandensein ein wichtiger Hinweis zur diagnostischen Einordnung sein.

Die Gruppe der katatonen Schizophrenie läßt sich auch relativ gut abgrenzen durch das häufige Vorkommen des Symptoms gehemmt (33 %), das sonst ein seltenes Symptom ist, und neben den allen gemeinsamen Symptomen, das symptomarme Bild prägt.

Für die paranoide Schizophrenie fällt auf, daß gleichzeitig das Symptom eingeengt vorkommt und sich so ein typisches Symptomprofil abzeichnet.

Die hebephrene Schizophrenie läßt sich am leichtesten durch ihre Symptomenvielfalt beschreiben d.h. es kommen in dieser Diagnosegruppe gleichzeitig die meisten Symptome in größter Häufigkeit vor, ohne daß eines nur in bestimmter Konstellation oder bestimmter Häufigkeit vorkommt.

Die Buntheit der Symptomprofile für hebephrene Schizophrenie, schizophrenen Episode und schizoaffectiver Psychose ist sehr ähnlich, jedoch fehlt die Häufigkeit der Symptome ideenflüchtig und gedankendrängen, die sonst bei affectiven Psychosen häufiger vorkommen, bei der hebephrenen Schizophrenie. Die übrigen Symptome kommen selten, jedoch in allen Diagnosegruppen vor, so daß sie keine Hilfe bei der Abgrenzung darstellen.

Befürchtungen und Zwänge

Unter den hier zusammengefaßten Symptomen kommt nur dem Symptom Mißtrauen eine Bedeutung zu, da die übrigen Symptome in allen Diagnosegruppen ausgesprochen selten sind. Mißtrauen ist ein häufiges und stark ausgeprägtes Symptom bei den paranoiden Syndromen, der paranoiden Schizophrenie und der schizophrenen Episode. Eine weitergehende Abgrenzung der übrigen Schizophrenieformen ist jedoch nicht möglich. Bei den anderen Schizophrenieformen kommt ebenfalls Mißtrauen als Symptom vor, jedoch steht es dort nicht so im Vordergrund.

Wahn

Wahnsymptome werden in allen Diagnosegruppen regelmäßig und häufig beobachtet und sind fester Bestandteil des Symptomprofils. Auch in dieser Gruppe gibt es kein einziges pathognomonisches Wahnsymptom, sondern die Abgrenzung der einzelnen Diagnosegruppen kann ebenfalls nur durch das häufige bzw. seltene gemeinsame Vorkommen von Wahnsymptomen erfolgen. Die paranoiden Syndrome können von den schizophrenen Psychosen und anderen nicht organischen Psychosen am besten durch zwei Symptome abgegrenzt werden:

	<u>systematisierter Wahn</u>	<u>Wahnstimmung</u>
paranoide Syndrome	71 %	28 %
schizophrene Psychosen	22 %	51 %

Eine Ausnahme bezüglich des systematisierten Wahns stellt die paranoide Schizophrenie dar, bei der die Häufigkeit des systematisierten Wahns bei 51 % sehr deutlich häufiger als bei den schizophrenen Psychosen ist, jedoch gleichzeitig Wahnstimmung in 49 % beobachtet werden kann.

Wahnstimmung wird am häufigsten bei katatonen Schizophrenie (61 %), schizophrenen Episode (75 %) und schizoaffektiver Psychose (60 %) gesehen, wobei gleichzeitig eine geringere Tendenz zur Systematisierung des Wahns besteht. Dieses gegenläufige Verhalten dieser beiden Symptome kann bei hebephrenen, paranoiden und chronischen Schizophrenie nicht gesehen werden.

Betrachtet man die Wahndynamik, so ist diese bei paranoiden Syndromen ausgeprägt vorhanden (61 %), ebenfalls bei paranoider Schizophrenie, schizophrener Episode und schizoaffektiven Psychosen. In den übrigen Diagnosegruppen ist die Wahndynamik weniger häufig und weniger ausgeprägt.

Unter den übergeordneten Wahnsymptomen sind die Symptome Wahnwahrnehmung, -einfälle und -gedanken mit etwa gleicher Häufigkeit in allen Diagnosegruppen verteilt, so daß durch sie keine weitere Abgrenzung erfolgen kann.

Bei den Wahninhalten ist der Verfolgungswahn und Beziehungswahn am häufigsten und kann mit 87 % für paranoide Syndrome als fast ausschließlicher Wahninhalt, als krankheitskennzeichnend betrachtet werden. Verfolgungswahn kommt bei schizophrenen Psychosen mit 59 % Häufigkeit vor, und zeigt die größten Häufigkeiten bei Patienten mit paranoider Schizophrenie (76 %) und schizophrener Episode (69 %). Die Häufigkeit von Beziehungswahn ist ähnlich häufig verteilt. Neben dem Verfolgungswahn kommen noch Größenwahn mit 28 % bei schizophrenen Psychosen vor, wobei besonders hebephrene Schizophrenie und schizophrene Episode durch größere Häufigkeit auffallen.

Für die hebephrene Schizophrenie fällt die Häufigkeit des hypochondrischen Wahns auf, der mit 19 % zwar insgesamt nicht häufig ist, aber sonst nur bei paranoider und chronischer Schizophrenie mit knapp 10 % Häufigkeit vorkommt.

Unter Einbeziehung des Wahninhalts kann auch eine Abgrenzung der katatonen Schizophrenie erfolgen, bei der mit 33 % Häufigkeit andere Wahninhalte im Vordergrund stehen, bei sonst niedrigem Anteil von Verfolgungswahn. Andere Wahninhalte kommen sonst in keiner Diagnosegruppe so häufig vor.

Eifersuchtswahn, Schuldwahn und Verarmungswahn kommen in allen Diagnosegruppen ganz selten vor und sind nicht für schizophrene Psychosen und paranoide Syndrome kennzeichnend.

Sinnestäuschungen kommen in allen Diagnosen mit unterschiedlicher Häufigkeit vor. Es kommt in keinem Fall zum isolierten Auftreten von Sinnestäuschungen einer Qualität, sondern es sind in jeder Diagnosegruppe Sinnestäuschungen unterschiedlicher Art möglich. Illusionen kommen mit 20 % Häufigkeit bei schizophrenen Psychosen praktisch nur bei schizophrenen Episode vor und bei paranoiden Syndromen, bei einfacher paranoider Psychose (15 %). Da das Symptom sonst nie vorkommt, kann es bei Vorhandensein als krankheitstypisch gelten.

Stimmenhören kommt am häufigsten bei katatonen Schizophrenie vor und ist auch sonst bei allen schizophrenen Psychosen die häufigste Sinnestäuschung.

Körperhalluzinationen kommen auch noch häufig bei allen schizophrenen Psychosen vor. Die typische Kombination vom häufigen Vorkommen von Illusionen und Stimmenhören ist für die schizophrene Episode kennzeichnend. Die katatone Schizophrenie fällt durch sehr häufiges Stimmenhören, bei sonst symptomarmen Bild auf. Die paranoide und hebephrene Schizophrenie zeigen die häufige Kombination von Stimmenhören und Körperhalluzinationen.

Die chronische Schizophrenie erscheint relativ symptomarm, ebenso wie die schizoaffektive Psychose neben Stimmenhören keine stärkere Häufung eines Symptoms zeigt.

Bei den paranoiden Syndromen fällt einerseits die starke Häufigkeit von Stimmenhören und Körperhalluzinationen bei Paraphrenie auf, andererseits das relativ ofte Vorkommen von Illusionen bei einfachen paranoiden Psychosen.

Ich - Störungen

Die hier zusammengefaßten Symptome kommen fast ausschließlich bei schizophrenen Psychose vor. Nur Gedankeneingebung und andere Fremdbeeinflussungen kommen auch bei den paranoiden Syndromen gleichhäufig vor. Die häufigen Symptome Derealisation und Depersonalisation kommen bei allen schizophrenen Psychosen mit Ausnahme der chronischen Schizophrenie, vor. Bei hebephrenen und schizophrenen Episode kommen alle

Symptome mit etwa entsprechender Häufigkeit vor, ohne daß besondere typische Häufigkeiten aufzuzeigen sind. Patienten mit paranoider Schizophrenie haben überdurchschnittlich oft die Häufigkeit der Symptome Depersonalisation, andere Fremdbeeinflussungen und Gedankeneingebung. Selbst jedes dieser Symptome für sich einzeln genommen, kommt bei den anderen Diagnosen nicht in einer höheren Häufigkeit vor.

Bei katatonen Schizophrenie und schizoaffectiver Psychose kommen, außer den bei allen Schizophrenieformen häufigen Symptomen, keine weiteren vor.

Die Häufigkeiten für chronische Schizophrenie liegen einzeln und in Kombination am niedrigsten, doch kommen alle Symptome vor.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß Ich - Störungen für die Diagnosestellung Paraphrenie, hebephrene, paranoide Schizophrenie und schizophrene Episode von großer Bedeutung sind.

Störungen des Affekts

Symptome, die in allen Diagnosegruppen selten vorkommen sind: Gefühl der Gefühllosigkeit, Störung der Vitalgefühle, Verarmungsgefühle und affektinkontinent können nicht zur Differenzierung beitragen, allenfalls zur Abgrenzung gegenüber anderen als schizophrenen und paranoiden Psychosen. Die Symptome deprimiert, ängstlich, dysphorisch, innerlich unruhig und affektstarr kommen bei schizophrenen und paranoiden Psychosen ungefähr gleichhäufig und auch oft vor. Sie können somit als typisch d.h. zum Bild gehörende Symptome betrachtet werden, es handelt sich jedoch nicht um spezifische Symptome.

Bei schizophrener Episode und schizoaffectiver Psychose kommen die Symptome ratlos, euphorisch, affektilabil und Schuldgefühle sehr viel häufiger als bei den übrigen Schizophrenieformen vor. Daneben gibt es auch Symptome, die in diesen beiden Diagnosegruppen sehr viel seltener vorkommen: affektarm, klagsam und Parathymie. Diese Symptome können alleine oder in Kombination ein Hinweis zur Diagnose sein, wenngleich ihr Vor-

handensein nicht fest mit einer bestimmten Diagnose verknüpft ist.

Patienten mit den Diagnosen hebephrene, katatone, paranoide, chronische und andere Schizophrenie zeigen folgende Merkmale etwa gleich häufig: ratlos, ängstlich und ambivalent. Folgende Symptome sind hier selten zu finden: Hoffnungslos, euphorisch und gesteigertes Selbstwertgefühl.

Die hebephrene Schizophrenie ist zusätzlich gekennzeichnet durch ein relativ häufiges Vorkommen einer flachen Euphorie, einem gesteigerten Selbstwertgefühl, einer ausgeprägten Ambivalenz und einer starken Parathymie.

Bei der paranoiden Schizophrenie kommen auch alle affektiven Symptome vor, wie bei den übrigen Schizophrenieformen, jedoch meist mit geringerer Häufigkeit und Ausprägung. Ausnahme: schizophrene Episode und schizoaffektive Psychose. Es finden sich keine Symptome, die ausschließlich oder in Kombination besonders für diese Diagnose typisch sind.

Die chronische Schizophrenie ist hauptsächlich durch die allen Schizophrenieformen (Ausnahme: schizophrene Episode und schizoaffektive Psychose) gemeinsamen Symptome geprägt, die hier deutlicher zum Ausdruck kommen, da die übrigen Symptome weniger oft vorkommen (affektarm, deprimiert, dysphorisch, Parathymie und affektstarr).

Die paranoiden Syndrome sind gekennzeichnet durch die Häufigkeit der Symptome : deprimiert, ängstlich, innerlich unruhig und affektstarr.

Zur Abgrenzung innerhalb der paranoiden Syndrome sind allenfalls die häufige Kombination " Störung der Vitalgefühle, hoffnungslos, dysphorisch und jammrig" bei der Paraphrenie zu nennen.

Die einfache paranoide Psychose dagegen ist durch die große Häufigkeit der Symptome ängstlich, innerlich unruhig, ambivalent und affektstarr gekennzeichnet.

Die affektive Symptomatik der paranoiden Syndrome ist weniger bunt als bei schizophrenen Psychosen, so kommen die folgenden

Symptome bei paranoiden Syndromen nie oder ganz selten vor: ratlos, affektarm, euphorisch, gesteigertes Selbstwertgefühl und affektlabil.

Antriebs- und psychomotorische Störungen

Schizophrene und paranoide Psychosen lassen sich durch ein oder mehrere Symptome nicht von einander abtrennen. Allgemein können jedoch Antriebs- und psychomotorische Störungen bei schizophrenen Psychosen viel öfter und ausgeprägter gefunden werden als bei paranoiden Syndromen. Die Symptome Parakinesen, maniert, theatralisch, mutistisch, hyper- u. hypokinetische sowie anderere katatone Symptome kommen bei paranoiden Syndromen nicht vor.

Allen schizophrenen Psychosen sind die gemeinsamen gleichhäufig vorkommenden Symptome: antriebsgesteigert und motorisch unruhig eigen.

Es fällt wieder eine enge Übereinstimmung der Symptomatik von schizophrener Episode und schizoaffectiver Psychose auf, mit dem häufigen Vorkommen von: antriebsgehemmt, agitiert und logorrhöisch.

Symptome die bei diesen Diagnosen praktisch nicht oder selten vorkommen sind: antriebsarm und beobachtete Verlangsamung. Diese kommen jedoch bei den anderen schizophrenen Psychosen häufig vor.

Symptome die bevorzugt in einer Diagnosegruppe vorkommen finden sich gehäuft bei der katatonen Schizophrenie: Parakinesen, maniert, mutistisch, agitiert, hyper- und hypokinetische und andere katatone Symptome, sowie beobachtete Verlangsamung. Diese Symptome kommen auch bei anderen Diagnosegruppen vor, können jedoch als krankheitstypisch für katatone Schizophrenie gelten.

Bei hebephrener Schizophrenie steht die ausgeprägte Antriebsstörung, starke Unruhe und der massive Aktivitätsverlust im Vordergrund. Maniertes Verhalten und Parakinesen kommen auch noch relativ häufig vor, nach der katatonen Schizophrenie am häufigsten. Insgesamt kommen alle Symptome vor

und die multisymptomatische Ausprägung ist in Vielfalt und Ausprägung als besonders typisch anzusehen.

Die Symptome antriebsgehemmt und mutistisch kommen dagegen in dieses Diagnose kaum vor.

Bei der chronischen Schizophrenie steht die ausgesprochene Antriebsarmut, der Aktivitätsverlust und die Verlangsamung im Vordergrund. Die übrigen Symptome kommen vergleichsweise selten vor, so daß die chronische Schizophrenie viel oligosymptomatischer als die übrigen Formen erscheint.

Bei Patienten mit paranoider Schizophrenie stehen die Symptome antriebsarm, antriebsgesteigert und unruhig ganz im Vordergrund. Die Patienten erscheinen öfter maniert, jedoch kommen andere katatone Symptome ausgesprochen selten vor.

Der Aktivitätsverlust und Antriebsarmut wie auch die Verlangsamung sind viel weniger stark als bei den übrigen Schizophrenieformen (Ausnahme: schizophrene Episode und schizoaffective Psychose) und kommen seltener vor.

Ein für die Diagnose typisches Symptom oder typische Symptomenkonstellation kann nicht dargestellt werden.

Circadiane Besonderheiten kommen weder bei schizophrenen noch bei paranoiden Psychosen vor und ihr Fehlen ist für diese Diagnosen typisch.

Störungen in Sozialverhalten und andere Störungen

Patienten mit schizophrenen Psychosen und paranoiden Syndromen sind im allgemeinen im Sozialverhalten etwa gleich stark beeinträchtigt, was auch der gleiche Hostilitätssyndromwert zeigt, jedoch ist die Symptomatik bei schizophrenen Psychosen vielfältiger. In beiden Gruppen kommen die Symptome häufig vor: sozialer Rückzug, Mangel an Krankheitsgefühl und -einsicht.

Bei paranoiden Syndromen kommen die Symptome sozial untriebig und vertrauliche Distanzlosigkeit nicht vor.

Symptome, die bei allen schizophrenen Störungen oft vorkommen sind sozialer Rückzug, Mangel an Krankheitsgefühl und -einsicht, Aggressivität und Ablehnung der Behandlung.

Sie können nicht, auch nicht in Kombination zur Abgrenzung herangezogen werden.

Daneben ist für die hebephrene Schizophrenie die Kombination von sozialer Umtriebigkeit, Suizidalität, Autismus und vertrauliche Distanzlosigkeit typisch.

Katatone Schizophrenie zeichnet sich durch den stärkeren sozialen Rückzug, eine im Vergleich erhöhte Häufigkeit von Aggressivität, Autismus und wenn auch seltener Pflegebedürftigkeit aus. Die Suizidgefährdung erscheint, ähnlich wie bei chronischer Schizophrenie, bei katatoner Schizophrenie am niedrigsten.

Die paranoide Schizophrenie zeigt zu den allen schizophrenen Psychosen typischen Symptomen, keine die besonders oft auftreten. Es kommen aber alle Symptome vor, ohne jedoch bestimmend zu werden.

Die schizophrene Episode zeigt ähnlich wie die paranoide Schizophrenie ein eher uniformes Bild, jedoch ist der soziale Rückzug viel seltener zu finden und die Krankheitseinsicht und -gefühl fehlt öfter, dagegen kommt Autismus kaum vor. Die chronische Schizophrenie ist durch starken sozialen Rückzug, mit gelegentlichem aggressiven Verhalten, relativ seltener Suizidalität, kaum Krankheitseinsicht und selten auch Pflegebedürftigkeit gekennzeichnet.

Die schizoaffective Psychose ist durch weniger sozialen Rückzug, starke soziale Umtriebigkeit, relativ häufig Aggressivität, oftmals erhaltene Krankheitseinsicht und ein fast völliges Fehlen von Autismus gekennzeichnet.

Eine Abgrenzung kann relativ gut erfolgen.

An sonstigen Symptomen haben im positiven Sinne noch, das zwar seltene, aber ausschließlich bei schizophrener Episode vorkommende Symptom, überwertige Ideen, Bedeutung.

Das Symptom Personenverkennung kommt wie Illusion nur bei den Diagnosen schizophrene Episode und schizoaffective Psychose vor.

Somatischer Befund

Schlafstörungen haben aufgrund ihrer Häufigkeit den größten Stellenwert unter den somatischen Störungen.

Schlafstörungen kommen in allen Diagnosegruppen vor, besonders häufig sind Ein- und Durchschlafstörungen. Bei schizophrener Episode und schizoaffectiver Psychose kommen alle Schlafstörungen besonders häufig vor. Schizoaffective Psychosen zeigen als einzige Diagnosegruppe eine größere Häufigkeit des Symptoms verkürzte Schlafdauer.

Appetenzstörungen

Appetitverminderung kommt relativ häufig in allen Diagnosegruppen vor. Die übrigen Symptome kommen selten und in allen Diagnosegruppen vor, so daß sie zur weiteren Differenzierung und Abgrenzung nicht geeignet erscheinen.

Gastro- intestinale, kardiale und andere vegetative Störungen sind allgemein selten, können jedoch in allen Diagnosegruppen angetroffen werden. Die meisten Symptome werden von Patienten mit hebephrener, paranoider Schizophrenie und schizoaffectiver Psychose angegeben. In den ersten beiden Diagnosegruppen korreliert dies gut mit der Häufigkeit des Symptoms jammrig während dies für die schizoaffective Psychose nicht zutrifft.

Neurologische Störungen

In allen Diagnosegruppen findet sich wenn auch selten ein Rigor. Weitere neurologische Symptome werden fast ausschließlich bei hebephrener Schizophrenie und schizoaffectiver Psychose mit geringerer Häufigkeit gefunden.

5.4. Bewertung der erstellten Symptomranglisten zur Abtrennung der einzelnen Diagnosegruppen, unter Einbeziehung des Standpunktes von R.E. Kendell

Die Diagnosekriterien nach denen, die in dieser Arbeit verwendeten Daten bewertet wurden, entstammen der ICD - 9 , einem Klassifikationsschema, welches dem Aufbau nach ein kategorisches ist. Zu den Kennzeichen von diagnostischen Kategorien gehört eine Diskontinuität d.h. das Vorkommen von Seltenheitspunkten.

R.E. Kendell, Vertreter des Kontinuitätsansatzes kann keine Seltenheitspunkte innerhalb der schizophrenen Psychosen und in ihrer Abgrenzung gegenüber den affektiven Psychosen finden.

Kendell untersucht mit einer Diskriminanzfunktion - es gehen 38 Items ein - die Diagnosenverteilung einer Patienten-Gruppe, bei schizophrenen und affektiven Psychosen. Er kann kein klares Ergebnis ermitteln, neigt jedoch in seiner abschließenden Aussage zu der Ansicht, daß eine Trennbarkeit wenig wahrscheinlich ist. (16, 17)

In dieser Arbeit wird nun versucht für jede Diagnosegruppe ein eigenes Symptomprofil zu erstellen und daraus wird jeweils eine Symptomrangliste gebildet. Die diagnosespezifischen Symptomranglisten werden auf die Daten aller Patienten angewendet.

Auswertungsschema

Zu jeder Diagnose gehört eine Patientengruppe (AMDP - Symptomsätze) aus der mittels diagnosespezifischer Symptomranglisten die dazugehörenden, abzugrenzenden diagnostischen Patientengruppen isoliert werden.

Bei der Abgrenzung der Diagnose Schizophrenie mittels der diagnosespezifischen Symptomrangliste werden die Daten aller Patienten des Jahrgangs verwendet. Bei der Abgrenzung einer Untergruppendiagnose werden dagegen lediglich die Daten der schizophrenen Patienten her-

gezogen. Für die paranoiden Syndrome gilt entsprechendes. Um die Fehlzuordnungen durch die einzelnen Symptomranglisten quantitativ abzuschätzen, ist es sinnvoll von dem theoretisch besten Ergebnis auszugehen, nämlich einer 100 % -igen Trefferquote.

Abgrenzung der schizophrenen Psychosen

Nach der Symptomrangliste I werden alle Patienten des Jahrgangs geordnet, wobei sich 67 % der schizophrenen Patienten an der Spitze der Patientenrangliste sammeln. Mit der verwendeten Rangliste kann eine Abgrenzung von 2,7 mal besser gegenüber Zufallsverteilung erreicht werden.

Es fällt auf, daß unter den Fehlzuordnungen viele Patienten mit paranoiden Syndromen (54 % der paranoiden Syndrome) sind und die restlichen Fehlzuordnungen machen 9 % der Patienten mit anderen Diagnosen aus. Betrachtet man die Diagnosenverteilung der Fehlzuordnungen, so sind Patienten mit affektiven Psychosen zu 58 % am häufigsten vertreten, paranoide Syndrome mit 19 % und die übrigen Diagnosen kommen nur vereinzelt vor.

Betrachtet man die Verteilung der nicht getroffenen schizophrenen Psychosen so werden Patienten mit anderen, nicht näher bezeichneten Schizophrenieformen, chronischer Schizophrenie und katatonen Schizophrenie etwas häufiger als die übrigen Formen nicht getroffen.

Fehlzuordnungen sind nicht selten und betreffen hauptsächlich affektive und paranoide Psychosen, jedoch läßt die deutliche Ansammlung der gesuchten Patienten an der Spitze der Rangliste eine Diskontinuität annehmen.

Abgrenzung der hebephrenen Schizophrenie

Nach der Symptomrangliste IIa werden alle Patienten mit schizophrenen Psychosen geordnet. Unter den ersten 75 Patienten findet man 40 % der gesuchten Patienten, d.h. 30 Patienten gegenüber bei einer zufälligen Verteilung

der Diagnosen entsprechend der jeweiligen Patientenstärke von 14 Patienten.

Mit der verwendeten Rangliste kann eine Abgrenzung von 2,1 mal besser gegenüber einer Zufallsauswahl erreicht werden. Bei Auswertung der Fehlzusordnungen fallen zwei Gruppen auf. Patienten mit schizophrener Episode und besonders schizoaffektiver Psychose werden selten von einer Fehlzusordnung betroffen und sind deutlich seltener als bei Zufallsverteilung zu finden.

Die zweite Gruppe ist häufiger als bei zufälliger Verteilung zu erwarten wäre, vertreten. Dies betrifft die Diagnosen: katatone Schizophrenie, paranoide Schizophrenie, chronische Schizophrenie und andere nicht näher bezeichnete Schizophrenieformen. Besonders Patienten mit katatonen Schizophrenie werden relativ häufiger als die Patienten mit hebephrener Schizophrenie getroffen, so daß mit dieser Rangliste eine Abgrenzung dieser beiden Diagnosen nicht möglich ist. Dagegen ist die Abgrenzung zu den schizoaffektiven Psychosen und der schizophrenen Episode gut möglich.

Abgrenzung der katatonen Schizophrenie

Nach der Symptomenrangliste IIb werden alle Patienten mit schizophrenen Psychosen geordnet. Unter den ersten 18 Patienten finden sich 33 % der gesuchten Patienten, d.h. 6 Patienten gegenüber einem Patienten bei zufälliger Verteilung der Diagnosen. Mit der verwendeten Rangliste kann eine Abgrenzung von 6,6 mal besser gegenüber der Zufallsauswahl erreicht werden. Die häufigsten Fehlzusordnungen erfolgen bei Patienten mit hebephrener Schizophrenie und mit schizophrener Episode. Seltener erfolgen Fehlzusordnungen bei paranoider Schizophrenie, und schizoaffektiver Psychose, nie bei chronischer Schizophrenie. Eine Abgrenzung der katatonen Schizophrenie gegenüber den anderen Schizophrenieformen ist mit einer hohen Rate an Fehlzusordnungen belastet und die verwendete Rangliste

läßt lediglich eine Tendenz erkennen.

Abgrenzung der paranoiden Schizophrenie

Nach der Symptomrangliste IIC werden alle Patienten mit schizophrenen Psychosen geordnet. Unter den ersten 67 Patienten finden sich 37 % der gesuchten Patienten, d.h. 25 Patienten gegenüber 11 Patienten bei zufälliger Verteilung der Diagnosen. Mit der verwendeten Rangliste kann eine Abgrenzung von 2,2 mal besser gegenüber Zufallsauswählerreicht werden. Die häufigsten Fehlzugeordnungen erfolgen bei Patienten mit hebephrener Schizophrenie, schizophrener Episode und chronischer Schizophrenie.

Seltener erfolgen Fehlzugeordnungen bei schizoaffektiver Psychose, katatonen Schizophrenie und anderen nicht näher bezeichneten Schizophrenieformen.

Eine Abgrenzung der paranoiden Schizophrenie gegenüber der hebephrenen Schizophrenie und der schizophrenen Episode ist am schwierigsten. Keine Schwierigkeiten bereitet die Abgrenzung gegenüber der schizoaffektiven Psychose, wobei insgesamt nur wenige Fehlzugeordnungen erfolgen.

Abgrenzung der schizophrenen Episode

Nach der Symptomrangliste IID werden alle Patienten mit schizophrenen Psychosen geordnet. Unter den ersten 45 Patienten finden sich 38 % der gesuchten Patienten, d.h. 17 Patienten gegenüber 5 Patienten bei zufälliger Verteilung der Diagnosen. Mit der verwendeten Rangliste kann eine Abgrenzung von 3,5 mal besser gegenüber der Zufallsauswahl erreicht werden.

Die häufigste Fehlzugeordnung erfolgt bei Patienten mit schizoaffektiver Psychose. Mit der katatonen und paranoiden Schizophrenie erfolgt eine Fehlzugeordnung mit der Häufigkeit der zufälligen Verteilung der Diagnosen. Eine gute Abgrenzbarkeit erfolgt gegenüber den Patienten

mit hebephrener und chronischer Schizophrenie.

Abgrenzung der chronischen Schizophrenie

Nach der Symptomrangliste IIe werden alle Patienten mit schizophrenen Psychosen geordnet. Unter den ersten 39 Patienten finden sich 23 % der gesuchten Patienten, d.h. 9 Patienten gegenüber 4 Patienten bei zufälliger Verteilung der Diagnosen. Insgesamt ist die Abgrenzung durch diese Rangliste schlecht, da nur 23 % gegenüber 10 % bei zufälliger Verteilung erfaßt werden. Mit der verwendeten Rangliste kann eine Abgrenzung von 2,3 mal besser gegenüber der Zufallsauswahl erreicht werden.

Am besten ist die Abgrenzung zu den schizoaffektiven Psychosen, bei denen es zu keiner Fehlzuordnung kommt. Seltener als bei zufälliger Diagnosenverteilung erfolgt eine Fehlzuordnung bei paranoider Schizophrenie und schizophrener Episode. Die Fehlzuordnungshäufigkeit der katatonen Schizophrenie findet sich im Bereich der Zufallsverteilung. Die Abgrenzung der hebephrenen Schizophrenie ist besonders schlecht möglich, so werden durch die Rangliste IIe 27 % der hebephrenen Schizophrenien gegenüber 23 % der chronisch-schizophrenen Patienten erfaßt, was keine Abgrenzung zwischen diesen beiden Diagnosen zuläßt. Der niedrige Wert zur Abgrenzung der chronischen Schizophrenie ist weitgehend durch die fehlende Unterscheidbarkeit zur hebephrenen Schizophrenie zu erklären.

Abgrenzung der schizoaffektiven Psychosen

Nach der Symptomrangliste II f werden alle Patienten mit schizophrenen Psychosen geordnet. Unter den ersten 127 Patienten finden sich 43 % der gesuchten Patienten, d.h. 55 Patienten gegenüber 41 Patienten bei zufälliger Verteilung der Diagnosen.

Mit der verwendeten Rangliste kann eine Abgrenzung von 1,3 mal besser gegenüber der Zufallsauswahl erreicht werden. Die häufigsten Fehlzuordnungen erfolgen bei Patienten mit schizophrener Episode, d.h. 53 % der Patienten mit schizophrener Episode werden durch Fehlzuordnungen erfaßt, dagegen nur 43 % der gesuchten Patienten. Bei zufälliger Verteilung der Diagnosen wäre eine Häufigkeit von 11 % bei schizophrener Episode zu erwarten, bei der schizoaffektiven Psychose dagegen eine Häufigkeit von 32 %. Dies bedeutet, daß die Rangliste IIf nicht geeignet ist diese beiden Diagnosen zu differenzieren, sondern sich eher zur Abgrenzung der schizophrenen Episode verwenden läßt. Gleichfalls ist eine Abgrenzung gegenüber der katatonen Schizophrenie schlecht möglich, da mit dieser Rangliste 39 % der katatonen Patienten getroffen werden, wobei die katatonen Schizophrenie unter den schizophrenen Psychosen nur 5 % ausmacht. Am seltensten kommt es bei der chronischen Schizophrenie zu Fehlzuordnungen.

Abgrenzung der anderen, nicht näher bezeichneten Schizophrenieformen erfolgt nicht, da sich keine spezifische Rangliste erstellen läßt und hier viele Patienten eingeordnet sind über die wenig Informationen zu erhalten sind, oder aus anderen Gründen nicht näher differenziert werden können.

Abgrenzung der paranoiden Syndrome

Nach der Symptomrangliste III zur Abtrennung der paranoiden Syndrome von den Schizophrenien werden die 443 Patienten, d.h. 397 Patienten mit schizophrener Psychose und 46 Patienten mit paranoiden Syndromen geordnet. Die Treffsicherheit der Symptomrangliste beträgt 15 % der gesuchten Patienten, gegenüber einer zufälligen Trefferquote von 10 %. Die zeigt, daß diese Rangliste nicht zur Unterscheidung

zwischen paranoiden Syndromen und schizophrenen Psychosen geeignet ist. Die Fehlzusordnungen verteilen sich auf die Diagnosen: paranoide Schizophrenie, schizoaffektive Psychose und schizophrene Episode. Die schlechte Abgrenzbarkeit dieser beiden Diagnosegruppen fällt bereits bei Anwendung der Rangliste I auf, zur Abtrennung der schizophrenen Psychosen von allen übrigen Diagnosen des Jahrgangs, wobei die häufigste Fehlzusordnung bezogen auf die Patientenzahl die paranoiden Syndrome ausmachen.

Abgrenzung der Paraphrenie

Nach der Symptomrangliste IIIa werden alle Patienten mit paranoiden Syndromen geordnet, wobei sich unter den ersten 15 Patienten 60 % der gesuchten Patienten finden. Dies bedeutet eine befriedigende Abtrennung der Paraphrenie.

Vergleich der Ranglisten zur Abgrenzung schizophrener Unterformen

Zur Beurteilung der Treffsicherheit einer Rangliste ist es am vorteilhaftesten die prozentuale Trefferhäufigkeit für eine Diagnose mit der prozentualen Trefferhäufigkeit einer Zufallsauswahl (Zufallsziehung) zu vergleichen.

Auf diese Weise kann die stark schwankende Gruppengröße der einzelnen Diagnosegruppen in die Bewertung mit einbezogen werden.

Zu jeder Rangliste gehört eine ermittelte Quotientenreihe und diese lassen sich mit Rangnummern gewichten. Die Rangnummern der einzelnen Quotientenreihen werden dann für jede Diagnosegruppe addiert. Auf diese Weise lassen sich die Symptomranglisten auf einer Rangskala ordnen und es kann eine Reihenfolge der Fehlzusordnungen angegeben werden. Folgende beiden Rangfolgen lassen sich angeben:

- 1) Reihenfolge der Ranglisten bezüglich ihrer Gültigkeit
(Verwendung der ICD - Nr. für die einzelnen Diagnosen)

295.2 295.4 295.6 295.3 295.1 295.7

- 2) Reihenfolge der Ranglisten bezüglich ihrer Fehlzusordnungs-
häufigkeit

295.2 295.8/9 295.4 295.1 295.3 295.6 295.7

Die Gültigkeit der einzelnen diagnosespezifischen Ranglisten ist recht unterschiedlich. Die Rangliste zur Abgrenzung der katatonen Schizophrenie erreicht im Vergleich zu den anderen die höchste Gültigkeit, und die Treffsicherheit bei Anwendung dieser Rangliste ist 6,6 mal größer als bei Zufallsauswahl.

Die Rangliste zur Abgrenzung der schizoaffektiven Psychose hat die niedrigste Gültigkeit; mit ihr werden nur 1,3 mal mehr Treffer als bei Zufallsauswahl erzielt.

Betrachtet man die Häufigkeit der Fehlzusordnungen so fällt auf, daß hier die katatone Schizophrenie die häufigste Fehlzusordnung in allen Ranglisten darstellt, die schizoaffektive Psychose dagegen kaum bei Fehlzusordnungen beteiligt ist.

Weiter fällt auf, betrachtet man diese beiden Diagnosen, daß zwar die katatone Schizophrenie gut abgegrenzt werden kann durch die eigene Rangliste, aber auch durch andere Ranglisten eine hohe Trefferquote erreicht wird.

Die schizoaffektive Psychose erreicht mit der dazugehörenden Rangliste nur einen vergleichsweise niedrigen Wert und es wird mit anderen Ranglisten kein höherer Trefferwert erzielt.

Die Zuordnung der Patienten durch die diagnosespezifischen Symptomenranglisten zu dieser Diagnose ist von einer relativ hohen Fehlerrate belastet.

Jedoch kann die Zahl der Fehlzusordnungen auf bestimmte Fehlzusordnungen eingeengt werden, da bestimmte Diagnosen als

Fehlzuordnungen mit unterschiedlicher Häufigkeit in Frage kommen. Die Symptomranglisten stellen somit nur einen ersten Versuch dar, die Logik der Diagnostik zu beschreiben. In einer späteren Untersuchung wäre es sicher sinnvoll durch eine differenziertere Verwendung und angepaßtere Ranglisten die diagnostischen Bereiche, welche nicht getroffen wurden, sowie Bereiche mit starker Überschneidung genauer zu untersuchen.

Wenn man die mit den Ranglisten gewonnenen Ergebnisse mit einer Zufallsklassifikation vergleicht, so können deutliche Diskontinuitäten an Hand der diagnosespezifischen Symptomranglisten aufgezeigt werden.

Abschließende Betrachtungen

Aus den zahlreichen Arbeiten, die sich mit dem Problem der psychiatrischen Diagnostik beschäftigen, greifen wir eine Arbeit von R.E. Kendell heraus, deren Ergebnisse den Ergebnissen unserer Arbeit diametral entgegenstehen. Kendell versucht, ausgehend vom Aufnahmebefund von 162 Patienten mit schizophrener Psychose (davon 105 mit schizoaffektiver Psychose) und 73 Patienten mit affektiven Psychosen, deren Befunde mit dem PSE erhoben wurden, unter Hinzunahme von demographischen Merkmalen, Verlaufsdaten und Behandlungserfolg die dazugehörigen diagnostischen Gruppen gegeneinander abzugrenzen. Mit Hilfe einer Diskriminanzanalyse wird hier versucht das Auffinden von Seltenheitspunkten die Diagnosegruppen voneinander abzugrenzen. Die von R.E. Kendell mitgeteilten Ergebnisse sprechen gegen die Existenz eines Seltenheitspunktes; der Autor schließt daraus, daß zwischen den beiden diagnostischen Gruppen keine scharfe Grenze vorhanden ist, d.h. er formuliert die Hypothese eines kontinuierlichen Überganges der einzelnen diagnostischen Gruppen.

Wir haben versucht die schizophrenen Psychosen von allen übrigen Diagnosen mit Hilfe von Symptomranglisten abzutrennen. Die Symptomrangliste wurde unter dem Gesichtspunkt der Häufigkeit der vorkommenden Symptome erstellt.

Die Abtrennbarkeit durch die Rangliste I mit 67 % der schizophrenen Psychosen gegenüber 9 % der affektiven Psychosen erbringt ein klares Ergebnis. Dagegen scheint die Abtrennbarkeit der schizophrenen und paranoiden Psychosen mit der von uns verwendeten Methodik nicht möglich zu sein.

Vielleicht wird sich mit Hilfe weiterer Merkmale auch hier eine Grenze darstellen lassen. Es ist auch wichtig für die affektiven Psychosen ähnliche Symptomeranglisten aufzustellen, um die gefundene Abtrennbarkeit, diesmal von der anderen Seite her kommend, zu überprüfen. Auch lassen sich dann die Fehlsuordnungen beider Wege miteinander vergleichen.

Die Abgrenzbarkeit der schizophrenen Untergruppen gegeneinander erscheint schwieriger, jedoch stellt sich dieses Unterfangen nicht prinzipiell aussichtslos dar. Insgesamt ist zu sagen, daß sich eine klare Tendenz dahingehend erkennen läßt, daß jede einzelne Untergruppe Diskontinuitäten gegenüber einiger anderer Untergruppen aufzeigt, wobei es aber nicht vorkommt, daß eine Untergruppe gegenüber allen Untergruppen scharf abgrenzbar ist. Auch ist zu sagen, daß eine Abgrenzung der Untergruppen gegeneinander mit Hilfe der einzelnen Symptomeranglisten unterschiedlich gut gelingt. Wir müssen noch einmal betonen, daß wir in dieser Arbeit als diskriminierende Merkmale nur die psychopathologische Symptomatik herangezogen haben, andere Merkmale werden hier ganz außer Acht gelassen. Die paranoiden Syndrome sind von den schizophrenen Psychosen kaum abzugrenzen. Betrachtet man dagegen die paranoiden Syndrome für sich alleine, so ist die Paraphrenie gut gegen die Restgruppe abzugrenzen.

Kendell konnte eine scharfe Grenze, d.h. eine Diskontinuität, zwischen schizophrenen und affektiven Psychosen nicht finden. Hier bei Anwendung einer anderen Methodik, läßt sich eine Diskontinuität erkennen. Die Frage nach der Abtrennbarkeit der schizophrenen Unterformen wird von Kendell nicht gestellt. In der International Pilot Study of Schizophrenia werden mit dem PSE - System mehr als 800 Patienten untersucht. Bei der Datenauswertung konnte auch durch den Einsatz komplexer, statistischer Verfahren ein Unterschied in der Symptomatik

zwischen den einzelnen Subtypen der Schizophrenie nicht aufgezeigt werden.

Bei unserem Versuch die Untergruppen der Schizophrenie gegeneinander abzugrenzen, sind auch wir auf ernsthafte Schwierigkeiten gestoßen; dennoch lassen sich auch hier klare Aussagen treffen. Auf der einen Seite finden wir bei einzelnen diagnostischen Gruppen erhebliche Überschneidungen, auf der anderen Seite lassen sich aber einzelne Untergruppen auf der Symptomebene gut abgrenzen. Verbessert man die Methodik der Datenauswertung und zieht man noch weitere Symptome in die Betrachtung ein, so ist zu vermuten, daß es auch hier gelingen wird zwischen den Untergruppen der Schizophrenie mehr oder minder scharfe Grenzen aufzuzeigen.

6. Zusammenfassung

In der Literatur wird das System der psychiatrischen Diagnosen einerseits als kategoriales und andererseits als dimensionales System gesehen. Dies wird in der Einleitung der Arbeit ausführlich dargestellt.

Der Inhalt der vorliegenden Arbeit läßt sich in drei Punkte gliedern.

- 1) Darstellung der demographischen und psychopathologischen Merkmale bei Ober- und Untergruppen der schizophrenen Psychosen und paranoiden Syndrome, sowie Vergleich der Untergruppen.
- 2) Die Untergruppen zweier Patientenjahrgänge werden unter dem Gesichtspunkt der Stabilität der vorkommenden Symptome und demographischen Merkmale verglichen.
- 3) Ausgehend von Kendells Schlußfolgerung, daß die affektiven und schizophrenen Erkrankungen nicht scharf voneinander abgegrenzt werden können, wird hier versucht mit anderer Methodik auf der Ebene der Syndrome und Symptome eine Abtrennbarkeit darzustellen. Weiterhin soll eine Abgrenzung schizophrener Untergruppen ebenfalls auf der Ebene von Symptomen vorgenommen werden.

Die vorliegende Arbeit entstand unter Verwendung der Daten von 455 Patienten der Nervenklinik der Universität München, die im Laufe des Jahres 1983 unter den Diagnosen ICD - Nr. 295.0 - 295.9, 297.0 - 297.9 und 298.0 - 298.9 behandelt werden. Mit Hilfe einer computerunterstützten Auswertung, der mit dem AMDP - System erfaßten Daten über das Geschlecht, Alter, Klinikaufenthaltsdauer und die Symptomatik bei Aufnahme der Patienten erfolgte eine deskriptiv, statistische Beschreibung der Ergebnisse.

Bevor die Ergebnisse dargestellt werden, sollen noch einige Worte zur Methodik der Datenauswertung vorangestellt werden. Die Diagnosegruppen werden definiert, indem die Patienten einer vierstelligen ICD - Ziffer oder mehrerer zusammengefaßt werden.

Insgesamt werden 13 Diagnosegruppen gebildet, wovon drei

als Obergruppen zu verstehen sind, d.h. mehrere Untergruppen werden zu einer Obergruppe zusammengefaßt.

Der Schwerpunkt der Ausführung wird auf die Darstellung der Symptomatik der einzelnen Diagnosegruppen gelegt. Es wird versucht, die einzelnen Diagnosegruppen gegeneinander abzugrenzen, indem die Ausprägung der Symptome mitberücksichtigt wird. Im tabellarischen Anhang sind die vorkommenden Symptome für jede Diagnose in tabellarischer Form zusammengestellt. Daneben findet man die Ergebnisse der Auswertung der demographischen Daten in entsprechenden Tabellen und Abbildungen. Zur besseren Vergleichbarkeit der Diagnosegruppen untereinander dienen Übersichtstabellen mit der Häufigkeit der gefundenen Symptome, ohne Berücksichtigung der Ausprägung, und der Verteilung der demographischen Daten. (Tab.: 1.1-1.10)

Nach der Beschreibung der einzelnen Diagnosegruppen wird ein diagnosespezifisches Symptomprofil in Tabellenform erarbeitet, das durch Auswahl sehr häufig und nur in einer bestimmten Diagnosegruppe vorkommender Symptome erstellt wird.

Anschließend wird die Gültigkeit dieser Symptomprofile überprüft. Dazu werden für die Diagnosegruppen spezifische Symptomranglisten mit maximal 20 verschiedenen Items erstellt. Diese diagnosespezifischen Ranglisten werden dann auf die Patientendaten angewendet und die Diagnosentreffsicherheit unter Zugrundelegung der Fehlzuordnungen beurteilt.

Auf diese Weise soll mittels der Symptomatik eine Abgrenzbarkeit der Diagnosen gezeigt werden.

Wir werden nun die Ergebnisse der Daten von 455 Patienten mit schizophrenen Psychosen und paranoiden Syndromen und anderen nicht organischen Psychosen darstellen.

Im Patientengut überwiegen die weiblichen Patienten in einem Verhältnis 1,6 : 1 . Das Durchschnittsalter aller Patienten beträgt 41 Jahre und die durchschnittliche Klinikaufenthaltsdauer beträgt 43 Tage. Die PSB (Psychosoziale Bewertung) beträgt bei Aufnahme durchschnittlich 34 und bei Entlassung 55 Punkte.

Die schizophrenen Psychosen haben einen Anteil von 25 % an den Klinikpatienten (alle folgenden % - Zahlen beziehen sich auf die Gesamtpatientenzahl 1585 im Jahre 1983).

Die paranoiden Syndrome haben einen Anteil von 3 % an der Klinikpopulation. Die Gruppe der anderen nicht organischen Psychosen machen weniger als 1% der Patienten des Jahrgangs aus.

Die am häufigsten gestellte Diagnose ist die schizoaffektive Psychose (8 %), Hebephrenie (5 %) und die paranoide Schizophrenie (4 %).

Die Untersuchung der 13 Diagnosegruppen zeigt Unterschiede der Diagnosegruppen hinsichtlich der Geschlechterrelation, Alterszusammensetzung, Aufenthaltsdauer, PSB, Krankheitsdauer, familiären Belastung, der psychopathologischen Symptomatik und der AMDP - Syndromwerte.

Bei den s c h i z o p h r e n e n P s y c h o s e n (397 Patienten ; 25 %) beträgt die Relation Männer zu Frauen 1 : 1,5 . Das Durchschnittsalter liegt bei 34 Jahren und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei 47 Tagen. Bei Aufnahme beträgt die PSB durchschnittlich 31 und bei Entlassung 53 Punkte. Die psychopathologische Symptomatik ist äußerst vielfältig. Als kennzeichnende Symptome für alle schizophrenen Psychosen stellen sich dar: Konzentrationsstörungen, inkohärentes Denken und Vorbeireden. An Wahnsymptomen kommen Wahngedanken, Beziehungswahn und Verfolgungswahn am häufigsten vor. Affektiv herrscht eine ängstliche, gereizte und dysphorische Grundstimmung vor, meist mit innerlicher Unruhe verbunden. Die meisten Patienten erscheinen motorisch unruhig. Bei der Mehrheit der Patienten besteht starker sozialer Rückzug und starkes Krankheitsgefühl, dagegen fehlt meist Krankheitseinsicht. Überwiegend wird der Behandlung gegenüber eine ablehnende Haltung eingenommen. An somatischen Symptomen stehen Schlafstörungen und Appetitverminderung im Vordergrund.

Unter den Syndromen ist das paranoid - halluzinatorische Syndrom hervorzuheben, dessen Mittelwert deutlich höher liegt als der Vergleichswert der Klinikpopulation.

Eine familiäre Belastung wird bei schizophrenen Psychosen bei 33 % der Patienten angegeben. Die Erkrankungsdauer beträgt bei 50 % der Patienten mit schizophrenen Psychosen

weniger als 5 Jahre und bei 26 % zwischen 5 und 9 Jahren. Durch Anwendung einer für schizophrene Psychosen spezifischen Symptomrangliste gelingt die Abtrennung der schizophrenen Psychosen zu 67 % von allen anderen Patienten des Jahrgangs. Bei der Diagnose Hebeephrene Schizophrenie (75 Patienten ; 5 %) überwiegen die männlichen Patienten in einem Verhältnis 1,7 : 1 . Das Durchschnittsalter der Patienten ist mit 25 Jahren das niedrigste aller Diagnosegruppen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist mit 58 Tagen die längste aller Diagnosegruppen. Die PSB bei Aufnahme wird durchschnittlich mit 31 bewertet und bei Entlassung mit 44 Punkten. Dies bedeutet den geringsten Anstieg von allen Diagnosegruppen.

Die psychopathologische Symptomatik ist vielfältig. Als kennzeichnende Symptome der Hebeephrenie, zusätzlich zu den Symptomen, die für alle schizophrenen Psychosen gelten, sollen genannt werden : Größenwahn, hypochondrischer Wahn, Stimmenhören, Körperhalluzinationen und andere Fremdbeeinflussungen. An Ich - Störungen kommt die Derealisation am häufigsten vor. Im Affekt erscheinen die Patienten affektarm und -starr, parathym und fallen durch eine flache Euphorie auf. Im Selbstwertgefühl sind sie meist gesteigert. Im Antrieb erscheinen die Patienten verarmt, mit Aktivitätsverlust und psychomotorisch steht neben Unruhe eine Manieriertheit im Vordergrund. Im sozialen Bereich erscheinen die Patienten sehr umtriebig, sind distanzlos bei gleichzeitigem Autismus. Syndrommittelwerte, die über den Vergleichswerten der Klinikpopulation liegen sind das paranoid - halluzinatorische, das manische und das Hostilitätssyndrom, diese sind auch bei Entlassung noch erhöht.

Eine familiäre Belastung wird bei 31 % angegeben, wobei jedoch bei nur 7 % die gleiche Diagnose vorliegt. 39 % der Hebeephrenen sind weniger als 5 Jahre krank und 24 % zwischen 5 und 9 Jahren. Bei den restlichen liegt ein längerer Krankheitsverlauf vor. Durch die Erstellung einer diagnosespezifischen Symptomrangliste können 40 % der dazugehörigen Patienten aus der Gruppe aller Patienten mit schizophrenen Psychosen identifiziert werden.

Bei der Diagnose *k a t a t o n e S c h i z o p h r e n i e* (18 Patienten ; 1 %) überwiegen die männlichen Patienten in einem Verhältnis von 2 : 1 .

Das Durchschnittsalter der Patienten ist mit 33 Jahren bei den niedrigsten im Vergleich der Diagnosegruppen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist mit 52 Tagen die drittlängste aller Diagnosegruppen. Bei Aufnahme wird der PSB mit 25, der niedrigste aller Diagnosegruppen, angegeben, und bei Entlassung mit 50.

Die psychopathologische Symptomatik ist vielfältig. Als kennzeichnende Symptome der Katatonie, zusätzlich zu den allen schizophrenen Psychosen gemeinsamen, sollen genannt werden : Das formale Denken erscheint gehemmt und verlangsamt, an Wahnsymptomen herrscht die Wahnstimmung vor. Sinnestäuschungen liegen in Form von Stimmenhören häufig vor. Derealisation und Depersonalisation sind die häufigsten Ich - Störungen. Im Affekt herrscht eine affektarme und -starre Grundstimmung vor, daneben ist Parathymie, Ratlosigkeit und Ambivalenz kennzeichnend. Die vielfältigsten Symptome liegen im psychomotorischen Bereich vor, so kommen hypo- und hyperkinetische katatone Symptome, Parakinesen, Mutismus, Manieriertheit und Aktivitätsverlust häufig vor. Im sozialen Bereich fallen Autismus, Aggressivität, Agitiertheit und Aktivitätsverlust besonders auf.

Deutlich erhöhte Syndrommittelwerte im Vergleich zu den Kliniknormwerten liegen für das paranoid - halluzinatorische, apathische und Hostilitätssyndrom vor.

Die familiäre Belastung wird mit 28 % angegeben, wobei jedoch bei nur 6 % der Patienten in der Familie die gleiche Diagnose vorliegt.

39 % der Patienten sind weniger als 5 Jahre krank, 22 % zwischen 5 und 9 Jahren und der Rest zwischen 10 und 19 Jahren. Durch Anwendung einer für katatone Schizophrenie spezifischen Symptomrangliste können 33 % der dazugehörigen Patienten aus der Gruppe aller Patienten mit schizophrenen Psychosen identifiziert werden.

Bei der Diagnose *p a r a n o i d e S c h i z o p h r e n i e* (67 Patienten ; 4 %) überwiegen die weiblichen Patienten in einem Verhältnis von 1,5 : 1 . Das Durchschnittsalter liegt

bei 40 Jahren. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist mit 54 Jahren die zweitlängste aller Diagnosegruppen.

Bei Aufnahme wird die PSB durchschnittlich mit 31 und bei Entlassung mit 50 angegeben. Die vielfältige Symptomatik ist geprägt von einem relativ starken Wahngeschehen. Als kennzeichnende Symptome für paranoide Schizophrenie, zusätzlich zu den allen schizophrenen Psychosen gemeinsamen Symptomen, sollen genannt werden: Das Denken ist stark eingengt und ausgeprägtes Mißtrauen herrscht vor. An Wahnsymptomen finden sich fast immer eine Wahnstimmung, ein Verfolgungswahn, der häufig systematisiert und mit starker Wahndynamik vertreten wird. Sinnestäuschungen kommen als Stimmenhören und Körperhalluzinationen vor. An Ich - Störungen stehen Depersonalisation und andere Fremdbeeinflussung im Vordergrund. Affektiv erscheinen die Patienten starr, verarmt, parathym bei gesteigertem Selbstbewußtsein. Im Antrieb erscheinen sie antriebsarm und der ausgeprägte Autismus fehlt selten. Von den Syndromen ist der Mittelwert für das paranoid - halluzinatorische der höchste aller Diagnosegruppen. Daneben sind das apathische und Hostilitätssyndrom noch deutlich erhöht.

Eine familiäre Belastung wird bei 30 % der Patienten angegeben, wobei mit 16 % in der Familie die gleiche Diagnose gefunden wird. Dies bedeutet die höchste familiäre Belastung mit gleicher Diagnose.

36 % der Patienten sind weniger als 5 Jahre krank, 29 % sind zwischen 5 und 9 Jahren krank.

Durch Anwendung einer diagnosespezifischen Symptomrangliste können 37 % der Patienten mit paranoider Schizophrenie aus der Gruppe der Patienten mit schizophrenen Psychosen identifiziert werden.

Eine a k u t e s c h i z o p h r e n e E p i s o d e (45 Patienten ; 3 %) wird bei Frauen 2,5 mal häufiger festgestellt, als bei Männern. Das Durchschnittsalter der Patienten ist mit 30 Jahren relativ niedrig. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 39 Tage und gehört zu

den kurzen Verweilzeiten. Bei Aufnahme wird die PSB mit durchschnittlich 30 angegeben und bei Entlassung mit 61, was die zweitstärkste Steigerung aller Diagnosegruppen bedeutet. Die kennzeichnenden Symptome dieser Diagnosegruppe, zusätzlich zu den allen schizophrenen Psychosen gemeinsamen, sind: Merkfähigkeitsstörungen, Auffassungsstörungen, Ideenflucht und Mißtrauen. An Wahnsymptomen steht eine ausgeprägte Wahnstimmung mit erheblicher Dynamik und Verfolgungs- und Größenideen im Vordergrund. Ich - Störungen kommen in Form von Depersonalisation und Derealisation vor. An Sinnes-täuschungen sind Stimmenhören, Illusionen und Personen-verkennung häufig. Affektiv erscheinen die Patienten häufig ratlos, ambivalent und affektlabil, daneben sind Schuldgefühle nicht selten. Am Antrieb erschienen sie sehr wechselhaft, sind oft agitiert und antriebsgehemmt. Auch überwertige Ideen werden in dieser Diagnosegruppe öfter angetroffen.

Das paranoid - halluzinatorische, manische und Hostilitäts-syndrom sind in dieser Diagnosegruppe deutlich höher als die Klinikvergleichswerte.

Familiäre Belastung wird in 29 % angegeben, wobei die gleiche Diagnose nur bei 7 % in der Familie vorkommt.

Bei 56 % der Patienten stellt diese stationäre Aufnahme die Ersterkrankung dar, und bei 29 % war die Ersterkrankung vor einem Jahr, bei 9 % vor 2 Jahren.

Durch Anwendung einer diagnosespezifischen Symptomrang-liste können 38 % der Patienten von den schizophrenen Psychosen abgetrennt werden.

Die Diagnose S c h i z o p h r e n e R e s t- und D e f e k t z u s t ä n d e (39 Patienten ; 2 %) wird bei den männlichen Patienten im Verhältnis 1,3 : 1 öfter diagnostiziert. Das Durchschnittsalter liegt bei 43 Jahren und ist unter den schizophrenen Psychosen das höchste. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten beträgt 31 Tage und gehört zu den vergleichsweise kurzen Aufenthalten. Bei Aufnahme beträgt die PSB durchschnittlich 35, als dritt-größte aller Diagnosegruppen, und bei Entlassung 43, als die

niedrigste aller Diagnosegruppen. In dieser Diagnosegruppe wird die geringste Verbesserung während des Aufenthalts erreicht.

Die psychopathologische Symptomatik ist weniger vielfältig, als die der übrigen Schizophrenieformen, insbesondere erscheinen Wahnsymptome seltener und schwächer ausgeprägt. Eine deutliche Minussymptomatik steht im Vordergrund. Als kennzeichnende Symptome der schizophrenen Rest- und Defektzustände, zu den allen schizophrenen Psychosen gemeinsamen Symptomen, sind: Auffassungsstörungen und ein formales Denken, das verlangsamt, umständlich, eingeengt und gesperret erscheint. Störungen der Affektivität drücken sich aus als affektstarr, affektarm, parathym und flache Euphorie. Im Antrieb sind die Patienten verarmt und zeigen durchgehenden Aktivitätsverlust. Daneben sind sie teilweise pflegebedürftig und in hohem Maße autistisch.

An deutlich erhöhten Syndrommittelwerten finden sich bei Aufnahme das paranoid - halluzinatorische, apathische und Hostilitätssyndrom im Vergleich mit den Vergleichswerten der Klinik.

15 % der Patienten geben eine familiäre Belastung an, jedoch kommt die gleiche Diagnose in der Familie nicht vor.

8 % der Patienten sind weniger als 5 Jahre krank, 52 % sind 5 bis 14 Jahre und 42 % länger als 15 Jahre krank.

Durch Anwendung einer diagnosespezifischen Symptomrangliste können 23 % der dazugehörigen Patienten mit schizophrenen Rest- und Defektzuständen aus der Gruppe aller Patienten mit schizophrenen Psychosen identifiziert werden.

Eine s c h i z o a f f e k t i v e P s y c h o s e (127 Patienten ; 8%) wird überwiegend bei weiblichen Patienten diagnostiziert. Die Relation von Männern zu Frauen beträgt 1 : 3,9 . Das Durchschnittsalter der Patienten beträgt 37 Jahre, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 44 Tage. Bei Aufnahme wird die PSB durchschnittlich mit 31 angegeben und bei Entlassung mit 62, was der höchsten Steigerung bei allen Diagnosegruppen entspricht.

Die psychopathologische Symptomatik ist vielfältig und

besonders häufig sind affektive Symptome.

Als kennzeichnende Symptome der schizoaffectiven Psychose sollen zu den allen schizophrenen Psychosen gemeinsamen Symptomen, genannt werden: Im Denken fallen Auffassungsstörungen, Gedankendrängen und Ideenflüchtigkeit auf, inhaltlich herrscht Wahnstimmung bei erheblicher Wahndynamik. Affektiv herrscht eine affektilabile, ambivalente, euphorische und ratlose Grundstimmung vor, daneben finden sich Schuldgefühle und gesteigertes Selbstbewußtsein. An Ich-Störungen kommt am häufigsten Derealisation vor, auch illusionäre Verkenennung und Personenverkenennung sind häufig. Im Antrieb erscheinen die Patienten wechselnd, oft gehemmt und agitiert. Sozial sind sie oft umtriebig und bisweilen aggressiv. Der Mittelwert des paranoid - halluzinatorischen, apathischen und Hostilitätssyndroms sind in dieser Diagnosegruppe deutlich gegenüber den Vergleichswerten der Klinikpopulation erhöht.

Patienten mit schizoaffectiver Psychose geben zu 38 % eine familiäre Belastung an, die bei 12 % zur gleichen Diagnose führt.

50 % der Patienten sind kürzer als 5 Jahre krank, 33 % zwischen 5 und 9 Jahren und der Rest länger als 10 Jahre. Durch Anwendung einer diagnosespezifischen Symptomrangliste können 43 % der dazugehörigen Patienten aus der Gruppe aller Patienten mit schizophrenen Psychosen identifiziert werden. Eine andere Schizophrenieform (25 Patienten ; 2 %) wird überwiegend bei weiblichen Patienten in einem Verhältnis 1,5 : 1 gestellt.

Das Durchschnittsalter beträgt 31 Jahre, die mittlere Aufenthaltssdauer 43 Tage. Die PSB beträgt bei Aufnahme durchschnittlich 33 und bei Entlassung 50. Die psychopathologische Symptomatik ist gekennzeichnet durch Konzentrationsstörungen, verlangsamtes Denken und starkes Mißtrauen. Es herrscht Wahnstimmung, Wahngedanken tauchen auf und Beziehungs- und Verfolgungswahn stehen im Vordergrund. An Sinnes-täuschungen kommt Stimmenhören vor, Ich - Störungen kommen dagegen nur selten vor. Im Affekt erscheinen die Patienten verarmt und starr, innerlich unruhig und ängstlich. Im

Antrieb sind sie verarmt und motorisch unruhig. Weiterhin fällt sozialer Rückzug und Mangel an Krankheitseinsicht sowie starker Autismus auf.

Gegenüber den Klinikvergleichswerten erhöhte Syndromwerte werden bei paranoid - halluzinatorischem, apathischen und Hostilitätssyndrom gefunden.

44 % der Patienten geben eine familiäre Belastung an.

72 % der Patienten sind weniger als 5 Jahre krank, 12 % 5 bis 9 Jahre und der Rest länger.

Auf ein eigenes Symptomprofil wird verzichtet, da sich hier viele Patienten befinden, die sich nur kurz in Behandlung befinden, die Anamnese unvollständig ist oder erhebliche sprachliche Verständigungsschwierigkeiten bestehen.

Bei den p a r a n o i d e n S y n d r o m e n

(46 Patienten ; 3 %) findet man eine Geschlechterrelation von 1 : 4 mit überwiegendem Frauenanteil. Das Durchschnittsalter beträgt 52 Jahre , die mittlere Aufenthaltsdauer 45 Tage. Die PSB ist bei paranoiden Syndromen durchschnittlich 35 bei Aufnahme und 50 bei Entlassung.

Die psychopathologische Symptomatik der paranoiden Syndrome ist weit weniger vielfältig als die der schizophrenen Psychosen. Hier bildet der Wahn das zentrale Element der Symptomatik.

Als kennzeichnende Symptome der paranoiden Syndrome können genannt werden : Konzentrationsstörungen und ein im formalen Denken eingeeengtes Sichbeschäftigen mit einem systematisierten Verfolgungswahn. Affektiv herrschen starkes Mißtrauen und eine affektstarre, dysphorische Stimmung vor. Im Antrieb erscheinen die Patienten gehemmt und fast immer besteht starker sozialer Rückzug.

Das paranoid - halluzinatorische, sowie das Hostilitätssyndrom sind im Mittelwert deutlich höher als der Vergleichswert der Klinikpopulation.

26 % der Patienten mit paranoiden Syndromen geben eine familiäre Belastung an, wobei diese in 7% in der gleichen Art bestehen.

56 % der Patienten sind weniger als 5 Jahre krank. 17 % sind seit 5 bis 9 Jahren krank und der Rest länger als 10 Jahre. Mit einer eigenen Symptomrangliste können nur 15 % der Patienten mit paranoiden Syndromen aus der Gruppe aller Patienten mit schizophrenen Psychosen und paranoiden Syndromen identifiziert werden.

Die Diagnose *einfache paranoide Psychose* und *Paranoia* (26 Patienten ; 2 %) wird bei weiblichen Patienten häufiger als bei Männern gestellt, im Verhältnis 4,2 : 1 . Das Durchschnittsalter beträgt 48 Jahre und die mittlere Aufenthaltsdauer 49 Tage. Bei Aufnahme wird die PSB durchschnittlich mit 34 angegeben und bei Entlassung mit 49. Die psychopathologische Symptomatik der einfachen paranoiden Psychose und Paranoia entspricht weitgehend der Symptomatik der paranoiden Syndrome, so daß hier keine zusätzlichen Symptome angegeben werden können. Die typischen Symptome sind: eingeengt, Konzentrationsstörungen, Mißtrauen, systematisierter Verfolgungswahn, affektstarr, dysphorisch, antriebsgehemmt und sozialer Rückzug. Hier sind besonders die Mittelwerte für das paranoid - halluzinatorische und Hostilitätssyndrom erhöht, verglichen mit den Mittelwerten der Klinikpopulation.

31 % der Patienten geben eine familiäre Belastung an, die in 8 % die gleiche Diagnose darstellt.

54 % der Patienten sind weniger als 5 Jahre krank, 38 % sind seit 5 bis 9 Jahren krank und der Rest länger.

Die Diagnose *Paraphrenie* (15 Patienten ; 1 %) wird fast ausschließlich bei Frauen gestellt. Das Durchschnittsalter liegt bei 65 Jahren und ist das höchste aller Diagnosegruppen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 45 Tage. Durchschnittlich wird bei Aufnahme eine PSB von 36 und bei Entlassung von 52 angegeben.

An psychopathologischen Symptomen sind hier, neben den allen paranoiden Syndromen gemeinsamen Symptomen folgende zu nennen : Merkfähigkeitsstörungen, umständlich, Stimmenhören, Körperhalluzinationen, andere Fremdbeeinflussungen, klagsam, Störung der Vitalgefühle und Antriebsarm.

Auch hier sind die Syndromwerte des paranoid - halluzinatorischen und Hostilitäts-Syndroms gegenüber den Mittelwerten der Klinikpopulation erhöht.

Familiäre Belastung wird mit 7 % angegeben, jedoch nie mit gleicher Art und verglichen mit anderen Diagnosegruppen am niedrigsten; 53 % der Patienten sind weniger als 5 Jahre krank, 20 % seit 5 bis 9 Jahren und der Rest länger.

Durch eine eigene Symptomrangliste gelingt die Identifizierung von 60 % der dazugehörigen Patienten mit Paraphrenie aus der Gruppe der Patienten mit paranoiden Syndromen.

Die Diagnose I n d u z i e r t e P s y c h o s e ,
a n d e r e p a r a n o i d e S y n d r o m e und
n i c h t n ä h e r b e z e i c h n e t e s
p a r a n o i d e s S y n d r o m (5 P a t i e n t e n ; 0,3 %)
kommt ausgesprochen selten vor.

Mit der Diagnose A n d e r e n i c h t o r g a n i s c h e
P s y c h o s e n ICD - Nr. 298.0 - 298.9 sind mit 12
Patienten (1 %) alle reaktiven Psychosen mit Ausnahme der
depressiven, affektiven Psychosen erfaßt.

Der Vergleich der Ergebnisse mit denen des Vorjahres erbringt
in allen wichtigen Punkten eine Entsprechung. Zwar liegt 1982
die Patientenzahl insgesamt um ein Viertel höher, die einzelnen
Ergebnisse stimmen jedoch weitgehend überein.

Der Versuch der Differenzierung und Abgrenzung der Diagnose-
gruppen untereinander anhand der erfaßten Symptomatik und der
danach gebildeten diagnosespezifischen Symptomranglisten,
erbringt unterschiedliche Ergebnisse.

Die schizophrenen Psychosen können auf diese Weise mit aus-
reichender Genauigkeit von allen anderen Diagnosen abgegrenzt
werden. Die paranoiden Syndrome können dagegen von den
schizophrenen Psychosen nur schlecht abgetrennt werden.
Die Abtrennung der einzelnen Untergruppen der schizophrenen
Psychosen gelingt unterschiedlich gut. Sie ist für die
Katatonie am besten und am schlechtesten für die schizo-
affektive Psychose. Es kann eine Reihenfolge der Ranglisten
bezüglich ihrer Genauigkeit aufgestellt werden, ebenso wie
eine Reihenfolge der Fehlzuordnungen. Die Auswertung der

einzelnen Ranglisten zeigt auch die Überschneidung mit anderen Diagnosen an und die Abgrenzbarkeit der einzelnen Diagnosen.

Insgesamt hat dieser Versuch einer Abgrenzung der einzelnen Diagnosegruppen anhand der vorgefundenen Symptomatik keine sehr große Genauigkeit erbracht. Jedoch können trotz der hohen Fehlzuordnungsrates bei den in dieser Arbeit betrachteten diagnostischen Gruppen Diskontinuitäten gefunden werden. Damit ist ein grundsätzlicher Weg aufgezeigt zur Abgrenzung der Diagnosen gegeneinander. Die hierzu wichtigen Seltenheitspunkte (14) müssen noch genau untersucht werden, wobei hier auf eine Verbesserung der Ranglisten zu achten ist, und Verlaufsdaten und demographische Daten ebenfalls einzubeziehen sind. Eine Abgrenzung der schizophrenen Psychose von den übrigen Diagnosen und der einzelnen Unterformen gegeneinander scheint im Gegensatz zu den Untersuchungen von R.E. Kendell (14, 15, 16, 17, 18) gegeben zu sein, wenngleich die Genauigkeit noch verbesserungsbedürftig ist.

7. Kurzzusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Abgrenzung der schizophrenen Psychosen und der paranoiden Syndrome (sowie der diagnostischen Untergruppen) gegen die anderen psychiatrischen Diagnosen.

In die Arbeit gehen die psychopathologischen und demographischen Daten und die ICD - Diagnosen von 455 im Jahre 1983 stationär behandelten Patienten ein. Insgesamt werden in diesem Jahr in der Psychiatrischen Nervenlinik 1585 Patienten behandelt (die unten in Klammern genannten Prozentzahlen beziehen sich auf diese Patientenzahl). Die Daten werden deskriptiv, statistisch ausgewertet und zusätzlich wird für jede Diagnose und Diagnoseuntergruppe ein eigenes Symptoprofil erstellt.

Unter alleiniger Verwendung der psychopathologischen Daten wird der Versuch gemacht mit Hilfe diagnosespezifischer Symptomranglisten die beiden diagnostischen Gruppen und Untergruppen algorithmisch wiederzufinden.

Die Ergebnisse lassen sich folgendermaßen kurz zusammenfassen.

- 1) Die Diagnose Schizophrenie wird bei 397 Patienten gestellt (25 %); das Verhältnis Männer zu Frauen beträgt 1 : 1,5 ; das mittlere Lebensalter beträgt 33 Jahre.
Die Diagnose paranoide Syndrome wird bei 46 Patienten gestellt (3 %); das Verhältnis Männer zu Frauen beträgt 1 : 4 ; das mittlere Lebensalter beträgt 52 Jahre.
Mit Hilfe der diagnosespezifischen Symptomranglisten werden 67 % der schizophrenen Psychosen und 15 % der paranoiden Syndrome identifiziert (dies entspricht einer 2,7 mal bzw. 1,5 mal besseren Zuordnung als bei Zufallsverteilung).
- 2) Die Untergruppen der Schizophrenie und des paranoiden Syndroms zeigen folgende Verteilung: Hebephrenie (75 Patienten; 5 %), Katatonie (18 Patienten; 1 %), paranoide Schizophrenie (67 Patienten; 4 %), schizophrene Episode (45 Patienten; 3 %), schizophrene Rest- und Defektzustände (39 Patienten; 2 %), schizoaffective Psychose (127 Patienten; 8 %), andere Schizophrenieformen und nicht näher bezeichnete Schizophrenie-

formen (25 Patienten; 2 %), einfache paranoide Psychose und Paranoia (26 Patienten; 2 %), Paraphrenie (15 Patienten; 1 %), die anderen paranoiden Syndrome (5 Patienten; 0,3 %) und andere nicht organische Psychosen (12 Patienten; 1 %).

Die Untergruppen werden mit einer Treffsicherheit, die zwischen 60 und 23 % liegt identifiziert (dies entspricht einer 6,6 bis 1,3 mal besseren Treffsicherheit als bei Zufallszuordnung).

Am besten wird die Diagnose katatone Schizophrenie identifiziert, am schlechtesten die schizoaffective Psychose.

- 3) Der Vergleich der Diagnosen Schizophrenie und paranoide Syndrome (Verteilung der Symptome, der demographischen Daten) sowie der dazugehörigen Untergruppen für die Jahre 1982 und 1983, zeigt eine hohe Übereinstimmung.
- 4) Unsere Ergebnisse widersprechen der von R.E. Kendell vertretenen Kontinuitätshypothese der psychiatrischen Diagnosen. Unsere Daten zeigen, daß es möglich ist, die schizophrenen Psychosen von den anderen diagnostischen Gruppen abzugrenzen; weniger gut gelingt dies für die paranoiden Syndrome. Es ergeben sich auch Hinweise dafür, daß mit einer verbesserten Methodik der Datenerhebung und Datenauswertung eine Abgrenzung der schizophrenen Untergruppen gegeneinander möglich sein wird.

Literaturverzeichnis

- 1) Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie AMDP. Das AMDP - System, Vierte korrigierte Auflage, Springer - Verlag Berlin 1981
- 2) Baumann, U., Stieglitz R.D., Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie AMDP, Testmanual zum AMDP - System, Springer- Verlag Berlin 1983
- 3) Cattell, R.B., The integration of funktional and psychometric requirements in a quantitativ and computerised diagnostic system. In New Approach to Personality Classification, ed. Mahree, A.R. Columbia University Press, New York 1970, 9-52
- 4) Degkwitz R., Helmchen H., Kockott G., Mombour W., Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten, fünfte Auflage, korrigiert nach der 9. Revision der ICD Stand: Herbst 1979, Springer verlag Berlin 1980
- 5) DSM III, Diagnostisches und statistisches Manual Psychiatrischer Störungen der American Psychiatric Association, dt. Bearbeitung und Einführung Koehler, K., Beltz Weinheim 1984
- 6) Eysenck, H.J., Criterion analysis : an application of the hypotheticodeductive method to factor analysis Psychological Review, 57 (1950) 38-53
- 7) Eysenck, H.J., Schizothymia - cyclothymia as a dimension of personality. Journal of Personality, 20 (1951) 345-384
- 8) Eysenck, H.J., Psychiatric diagnosis as a psychological and statistical problem. Psychological Reports, 1 (1955) 3-17
- 9) Eysenck, H.J., Classification and the problem of diagnoses. In : Handbook of Abnormal Psychology, 1st edn. Eysenck, Pitman, London 1960, 1-31

- 10) Eysenck, H.J., A dimensional system of psychodiagnostics. In: New Approaches to Personality Classification, ed. Mahrer, A.R., Columbia University Press, New York, 169-207
- 11) Gruhle, H.W., Lehrbuch der Nerven- und Geisteskrankheiten 2. Auflage, Halle Marhold 1952
- 12) Gruhle, H.W., Psychiatrie der Gegenwart, Forschung und Praxis, Berlin, Springer 1960
- 13) Hempel, C.G., Introduction to problems of taxonomy In: Field Studies in the Mental Disorders, ed. Zubin, J. Grune and Stratton, New York 1961, 3-22
- 14) Kendell, R.E., Die Diagnose in der Psychiatrie, übersetzt von M.L. Hartung, Stuttgart 1. Auflage, 1978 Ferdinand Enke Verlag
Reihe klinische Psychologie und Psychopathologie Bd. 2
- 15) Kendell, R.E., The principles of classification in relation to mental disease
In : Handbook of Psychiatry 1, General Psychopathogy by Shepherd, M., Zangwill, O.L., Cambridge University Press 1983, 191-198
- 16) Kendell, R.E., The problem of Classification, In : Recent Developments in Affektive Disorders, Special Publication No. 2, by Royal Medico-Psychological Association 1968
- 17) Kendell, R.E., The identification of disease entities and the relationship between schizophrenic and affektiv psychoses, British Journal of Psychiatry 137, 324-331 London 1980
- 18) Kendell, R.E., The clinical distinction between the affektive psychoses and schizophrenia,
British Journal of Psychiatry 117, 261-166 (1970)
- 19) Kräupl Taylor, F., A logical analysis of the medio-psychological concept of disease, Psychological Medicine, 1971, 1, 356-364
- 20) Kräupl Taylor, F., The medical model of the disease concept, British Journal of Psychiatry, 128, London 1976

- 21) Leff, J.P., Acute syndromes of schizophrenia, Handbook of Psychiatry 1, General Psychopathology, by Shepherd, M. Zangwill, O.L., Cambridge University Press 1983, 8-12
- 22) Leff, J.P., Chronic syndromes of schizophrenia, Handbook of Psychiatry 1, General Psychopathologie, by Shepherd, M., Zangwill, O.L., Cambridge University Press 1983, 13-16
- 23) Leonhard, K., Grundlagen der Psychiatrie, Stuttgart Enke 1948
- 24) Leonhard, K., Differenzierte Diagnostik der endogenen Psychosen, abnormen Persönlichkeitsstrukturen und neurotischen Entwicklungen. Berlin, Verlag Volk und Gesundheit, 1968
- 25) Leonhard, K., Aufteilung der endogenen Psychosen Berlin, Akademie Verlag 1957
- 26) Levine, S., Pilowsky, I., Boulton, D.M., The classification of depression by numerical taxonomy. British Journal of Psychiatry, 115 (1969) 937-945
- 27) Lorr, M., Klett, C.J., Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale. Consulting Psychologists Press. Palo Alto, California 1967
- 28) Maxwell, A.E., Canonical variate analysis when the variables are dichotomous. Education and Psychological Measurement, 21 (1961) 259-272
- 29) Maxwell, A.E., Multivariate statistical methods and classification problems. British Journal of Psychiatry, 119 (1971) 121-127
- 30) Maxwell, A.E., Difficulties in a dimensional description of symptomatology. British Journal of Psychiatry, 121 (1972) 19-26
- 31) Meehl, P.E., Theory testing in psychology and physics: a methodological paradox. Philosophy of Science 34 (1967) 103-115
- 32) Overall, J.E., Hollister, L.E., Computer procedures for psychiatric classification. Journal of the American Medical Association, 187 (1964) 583-588

- 33) Overall, J.E., Henry, B.W., Markett, J.R., Validity of an empirically derived phenomenological typology
Journal of Psychiatric Research, 9 (1972) 87-99
- 34) Pielok, R., Psychopathologie und Demographie bei schizophrenen und paranoiden Psychosen im Jahre 1982 an der Nervenlinik der Universität München (Dissertation in Vorbereitung)
- 35) Roth, M., Carney, M.W.P., Garside, R.F., The diagnosis of depressive syndromes and the prediction of E.C.T. response. British Journal of Psychiatry, 111 (1965) 659-674
- 36) Schneider, K., Klinische Psychopathologie, 10. Aufl. Stuttgart, Georg Thieme Verlag 1973
- 37) Strömberg, E., Subclassification of schizophrenia Handbook of Psychiatry 1, General Psychopathology by Shepherd, M., Zangwill. O.L., Cambridge University Press 1983
- 38) Wittenborn, J.R., Holzberg, J.D., Simon, B., Symptom correlates for descriptive diagnosis. Genetic Psychology Monographs, 47 (1953) 237-301

9. Tabellarischer Anhang

Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

Um den Umfang der Arbeit in einem überschaubaren Rahmen zu halten, werden die mit (+) gekennzeichneten Tabellen und Abbildungen nicht in vorliegende Arbeit aufgenommen, und nur die zusammenfassenden Tabellen wiedergegeben.

Im Krankenblattarchiv der Psychiatrischen Klinik der Universität München befinden sich zwei gebundene Arbeiten mit einem vollständigen tabellarischen Teil.

- | | | |
|-------|---------|------------------------------------|
| Tab.: | 1. 1. | Übersicht über die Diagnosen |
| Tab.: | 1. 2. | Übersicht über die Diagnosegruppen |
| Tab.: | 1. 3. | Geschlechterrelation |
| Tab.: | 1. 4. | Durchschnittsalter |
| Tab.: | 1. 5. | Aufenthaltsdauer |
| Tab.: | 1. 6. | Übersicht der PSB - Werte |
| Tab.: | 1. 7.1. | Symptomatik (Aufnahme) |
| Tab.: | 1. 7.2. | Symptomatik (Entlassung) |
| Tab.: | 1. 8. | Syndrome |
| Tab.: | 1. 9. | Familiäre Belastung |
| Tab.: | 1.10. | Krankheitsdauer |
-
- | | | | |
|-----|--------|-------|--|
| (+) | Tab.: | 2. 1. | Geschlechtsverteilung bei Patienten mit hebephrener Schizophrenie |
| (+) | (Tab.: | 2. 2. | Altersverteilung bei Patienten mit hebephrener Schizophrenie |
| (+) | Abb.: | 1. 1. | Altersverteilung bei Patienten mit hebephrener Schizophrenie |
| (+) | Abb.: | 1. 2. | Altersverteilung bei Männern und Frauen mit hebephrener Schizophrenie |
| (+) | Tab.: | 2. 3. | Aufenthaltsverteilung bei Patienten mit hebephrener Schizophrenie |
| (+) | Abb.: | 1. 3. | Aufenthaltsverteilung bei Patienten mit hebephrener Schizophrenie |
| (+) | Abb.: | 1. 4. | Verteilung der Aufenthaltsdauer bei Männern und Frauen mit hebephrener Schizophrenie |
| (+) | Tab.: | 2. 4. | PSB - Werte bei Patienten mit hebephrener Schizophrenie |
| (+) | Abb.: | 1. 5. | PSB - Verteilung bei Patienten mit hebephrener Schizophrenie bei Aufnahme und Entlassung |
| (+) | Abb.: | 1. 6. | PSB - Verteilung bei Männern und Frauen mit hebephrener Schizophrenie |
| (+) | Tab.: | 2. 5. | Symptome und deren Ausprägung bei Patienten mit hebephrener Schizophrenie |
| (+) | Tab.: | 2. 6. | Verteilung der Syndrome bei Patienten mit hebephrener Schizophrenie |
| (+) | Abb.: | 1. 7. | Verteilung der Syndrome bei Patienten mit hebephrener Schizophrenie |

- (+) Abb.: 1. 8. Verteilung der Syndrome bei Männern und Frauen mit hebephrener Schizophrenie
- (+) Tab.: 2. 7. Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit hebephrener Schizophrenie
- (+) Tab.: 2. 8. Krankheitsdauer seit Erstmanifestation in Jahren bei Patienten mit hebephrener Schizophrenie

- (+) Tab.: 3. 1. Geschlechtsverteilung bei Patienten mit katatoner Schizophrenie
- (+) Tab.: 3. 2. Altersverteilung bei Patienten mit katatoner Schizophrenie
- (+) Abb.: 2. 1. Altersverteilung bei Patienten mit katatoner Schizophrenie
- (+) Abb.: 2. 2. Altersverteilung bei Männern und Frauen mit katatoner Schizophrenie
- (+) Tab.: 3. 3. Aufenthaltsdauer bei Patienten mit katatoner Schizophrenie
- (+) Abb.: 2. 3. Verteilung der Aufenthaltsdauer bei Patienten mit katatoner Schizophrenie
- (+) Abb.: 2. 4. Verteilung der Aufenthaltsdauer bei Männern und Frauen mit katatoner Schizophrenie
- (+) Tab.: 3. 4. PSB - Werte bei Patienten mit katatoner Schizophrenie
- (+) Abb.: 2. 5. PSB - Verteilung bei Patienten mit katatoner Schizophrenie bei Aufnahme und Entlassung
- (+) Abb.: 2. 6. PSB - Verteilung bei Männern und Frauen mit katatoner Schizophrenie
- (+) Tab.: 3. 5. Symptome und deren Ausprägung bei Patienten mit katatoner Schizophrenie
- (+) Tab.: 3. 6. Verteilung der Syndrome bei Patienten mit katatoner Schizophrenie
- (+) Abb.: 2. 7. Verteilung der Syndrome bei Patienten mit katatoner Schizophrenie
- (+) Abb.: 2. 8. Verteilung der Syndrome bei Männern und Frauen mit katatoner Schizophrenie
- (+) Tab.: 3. 7. Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit katatoner Schizophrenie

- (+) Tab.: 3. 8. Krankheitsdauer seit Erstmanifestation in Jahren bei Patienten mit katatoner Schizophrenie

- (+) Tab.: 4. 1. Geschlechtsverteilung bei Patienten mit paranoider Schizophrenie
- (+) Tab.: 4. 2. Altersverteilung bei Patienten mit paranoider Schizophrenie
- (+) Abb.: 3. 1. Altersverteilung bei Patienten mit paranoider Schizophrenie
- (+) Abb.: 3. 2. Altersverteilung bei Männern und Frauen mit paranoider Schizophrenie
- (+) Tab.: 4. 3. Aufenthaltsdauer bei Patienten mit paranoider Schizophrenie
- (+) Abb.: 3. 3. Verteilung der Aufenthaltsdauer bei Patienten mit paranoider Schizophrenie
- (+) Abb.: 3. 4. Verteilung der Aufenthaltsdauer bei Männern und Frauen mit paranoider Schizophrenie
- (+) Tab.: 4. 4. PSB - Werte bei Patienten mit paranoider Schizophrenie
- (+) Abb.: 3. 5. PSB - Verteilung bei Patienten mit paranoider Schizophrenie
- (+) Abb.: 3. 6. PSB - Verteilung bei Männern und Frauen mit paranoider Schizophrenie
- (+) Tab.: 4. 5. Symptome und deren Ausprägung bei Patienten mit paranoider Schizophrenie
- (+) Tab.: 4. 6. Verteilung der Syndrome bei Patienten mit paranoider Schizophrenie
- (+) Abb.: 3. 7. Verteilung der Syndrome bei Patienten mit paranoider Schizophrenie
- (+) Abb.: 3. 8. Verteilung der Syndrome bei Männern und Frauen mit paranoider Schizophrenie
- (+) Tab.: 3. 7. Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit paranoider Schizophrenie
- (+) Tab.: 4. 8. Krankheitsdauer seit Erstmanifestation in Jahren bei Patienten mit paranoider Schizophrenie

- (+) Tab.: 5. 1. Geschlechtsverteilung bei Patienten mit schizophrener Episode
- (+) Tab.: 5. 2. Altersverteilung bei Patienten mit schizophrener Episode
- (+) Abb.: 4. 1. Altersverteilung bei Patienten mit schizophrener Episode
- (+) Abb.: 4. 2. Altersverteilung bei Männern und Frauen mit schizophrener Episode
- (+) Tab.: 5. 3. Aufenthaltsdauer bei Patienten mit schizophrener Episode
- (+) Abb.: 4. 3. Verteilung der Aufenthaltsdauer bei Patienten mit schizophrener Episode
- (+) Abb.: 4. 4. Verteilung der Aufenthaltsdauer bei Männern und Frauen mit schizophrenen Episoden
- (+) Tab.: 5. 4. PSB - Werte bei Patienten mit schizophrener Episode
- (+) Abb.: 4. 5. PSB - Verteilung bei Patienten mit schizophrener Episode bei Aufnahme und Entlassung
- (+) Abb.: 4. 6. PSB - Verteilung bei Männern und Frauen mit schizophrener Episode
- (+) Tab.: 5. 5. Symptome und deren Ausprägung bei Patienten mit schizophrener Episode
- (+) Tab.: 5. 6. Verteilung der Syndrome bei Patienten mit schizophrener Episode
- (+) Abb.: 4. 7. Verteilung der Syndrome bei Patienten mit schizophrener Episode
- (+) Abb.: 4. 8. Verteilung der Syndrome bei Männern und Frauen mit schizophrener Episode
- (+) Tab.: 5. 7. Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit schizophrener Episode
- (+) Tab.: 5. 8. Krankheitsdauer seit Erstmanifestation in Jahren bei Patienten mit schizophrener Episode
- (+) Tab.: 6. 1. Geschlechtsverteilung bei Patienten mit schizophrenen Rest- und Defektzuständen
- (+) Tab.: 6. 2. Altersverteilung bei Patienten mit schizophrenen Rest- und Defektzuständen

- (+) Abb.: 5. 1. Altersverteilung bei Patienten mit schizo-
phrenen Rest- und Defektzuständen
- (+) Abb.: 5. 2. Altersverteilung bei Männern und Frauen mit
schizophrenen Rest- und Defektzuständen
- (+) Tab.: 6. 3. Aufenthaltsdauer bei Patienten mit schizo-
phrenen Rest- und Defektzuständen
- (+) Abb.: 5. 3. Verteilung der Aufenthaltsdauer bei Patienten
mit schizophrenen Rest- und Defektzuständen
- (+) Abb.: 5. 4. Verteilung der Aufenthaltsdauer bei Männern
und Frauen mit schizophrenen Rest- und Defekt-
zuständen
- (+) Tab.: 6. 4. PSB - Werte bei Patienten mit schizophrenen
Rest- und Defektzuständen
- (+) Abb.: 5. 5. PSB - Verteilung bei Patienten mit schizo-
phrenen Rest- und Defektzuständen
- (+) Abb.: 5. 6. PSB - Verteilung bei Männern und Frauen mit
schizophrenen Rest- und Defektzuständen
- (+) Tab.: 6. 5. Symptome und deren Ausprägung bei Patienten mit
schizophrenen Rest- und Defektzuständen
- (+) Tab.: 6. 6. Verteilung der Syndrome bei Patienten mit
schizophrenen Rest- und Defektzuständen
- (+) Abb.: 5. 7. Verteilung der Syndrome bei Patienten mit
schizophrenen Rest- und Defektzuständen
- (+) Abb.: 5. 8. Verteilung der Syndrome bei Männern und Frauen
mit schizophrenen Rest- und Defektzuständen
- (+) Tab.: 6. 7. Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei
Blutsverwandten der Patienten mit schizophrenen
Rest- und Defektzuständen.
- (+) Tab.: 6. 8. Krankheitsdauer seit Erstmanifestation in Jahre
bei Patienten mit schizophrenen Rest- und
Defektzuständen

- (+) Tab.: 7. 1. Geschlechtsverteilung bei Patienten mit schizo-
affektiver Psychose
- (+) Tab.: 7. 2. Altersverteilung bei Patienten mit schizo-
affektiver Psychose
- (+) Abb.: 6. 1. Altersverteilung bei Patienten mit schizo-
affektiver Psychose

- (+) Abb.: 6. 2. Altersverteilung bei Männern und Frauen mit schizoaffectiver Psychose
- (+) Tab.: 7. 3. Aufenthaltsdauer bei Patienten mit schizoaffectiver Psychose
- (+) Abb.: 6. 3. Verteilung der Aufenthaltsdauer bei Patienten mit schizoaffectiver Psychose
- (+) Abb.: 6. 4. Verteilung der Aufenthaltsdauer bei Männern und Frauen mit schizoaffectiver Psychose
- (+) Tab.: 7. 4. PSB - Werte bei Patienten mit schizoaffectiver Psychose
- (+) Abb.: 6. 5. PSB - Verteilung bei Patienten mit schizoaffectiver Psychose
- (+) Abb.: 6. 6. PSB - Verteilung bei Männern und Frauen mit schizoaffectiver Psychose
- (+) Tab.: 7. 5. Symptome und deren Ausprägung bei Patienten mit schizoaffectiver Psychose
- (+) Tab.: 7. 6. Verteilung der Syndrome bei Patienten mit schizoaffectiver Psychose
- (+) Abb.: 6. 7. Verteilung der Syndrome bei Patienten mit schizoaffectiver Psychose
- (+) Abb.: 6. 8. Verteilung der Syndrome bei Männern und Frauen mit schizoaffectiver Psychose
- (+) Tab.: 7. 7. Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit schizoaffectiver Psychose
- (+) Tab.: 7. 8. Krankheitsdauer seit Erstmanifestation in Jahren bei Patienten mit schizoaffectiver Psychose
- (+) Tab.: 8. 1. Geschlechtsverteilung bei Patienten mit anderen Schizophrenieformen und nicht näher bezeichneten Schizophrenieformen
- (+) Tab.: 8. 2. Altersverteilung bei Patienten mit anderen Schizophrenieformen und nicht näher bezeichneten Schizophrenieformen
- (+) Abb.: 7. 1. Altersverteilung bei Patienten mit anderen Schizophrenieformen und nicht näher bezeichneten Schizophrenieformen

- (+) Abb.: 7. 2. Altersverteilung bei Männern und Frauen mit anderen Schizophrenieformen und nicht näher bezeichneten Schizophrenieformen
- (+) Tab.: 8. 3. Aufenthaltsdauer bei Patienten mit anderen Schizophrenieformen und nicht näher bezeichneten Schizophrenieformen
- (+) Abb.: 7. 3. Verteilung der Aufenthaltsdauer bei Patienten mit anderen Schizophrenieformen und nicht näher bezeichneten Schizophrenieformen
- (+) Abb.: 7. 4. Verteilung der Aufenthaltsdauer bei Männern und Frauen mit anderen Schizophrenieformen und nicht näher bezeichneten Schizophrenieformen
- (+) Tab.: 8. 4. PSB - Werte bei Patienten mit anderen Schizophrenieformen und nicht näher bezeichneten Schizophrenieformen
- (+) Abb.: 7. 5. PSB - Verteilung bei Patienten mit anderen Schizophrenieformen und nicht näher bezeichneten Schizophrenieformen
- (+) Abb.: 7. 6. PSB - Verteilung bei Männern und Frauen mit anderen Schizophrenieformen und nicht näher bezeichneten Schizophrenieformen
- (+) Tab.: 8. 5. Symptome und deren Ausprägung bei Patienten mit anderen Schizophrenieformen und nicht näher bezeichneten Schizophrenieformen.
- (+) Tab.: 8. 6. Verteilung der Syndrome bei Patienten mit anderen Schizophrenieformen und nicht näher bezeichneten Schizophrenieformen
- (+) Abb.: 7. 7. Verteilung der Syndrome bei Patienten mit anderen Schizophrenieformen und nicht näher bezeichneten Schizophrenieformen
- (+) Abb.: 7. 8. Verteilung der Syndrome bei Männern und Frauen mit anderen und nicht näher bezeichneten Schizophrenieformen
- (+) Tab.: 8. 7. Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit anderen und nicht näher bezeichneten Schizophrenieformen
- (+) Tab.: 8. 8. Krankheitsdauer seit Erstmanifestation in Jahren bei Patienten mit anderen Schizophrenieformen und nicht näher bezeichneten Schizophrenieformen

- (+) Tab.: 9. 1. Geschlechtsverteilung bei Patienten mit schizo-
phrenen Psychosen
- (+) Tab.: 9. 2. Altersverteilung bei Patienten mit schizo-
phrenen Psychosen
- (+) Abb.: 8. 1. Altersverteilung bei Patienten mit schizophrenen
Psychosen
- (+) Abb.: 8. 2. Altersverteilung bei Männern und Frauen mit
schizophrenen Psychosen
- (+) Tab.: 9. 3. Aufenthaltsdauer bei Patienten mit schizophrenen
Psychosen
- (+) Abb.: 8. 3. Verteilung der Aufenthaltsdauer bei Patienten
mit schizophrenen Psychosen
- (+) Abb.: 8. 4. Verteilung der Aufenthaltsdauer bei Männern und
Frauen mit schizophrenen Psychosen
- (+) Tab.: 9. 4. PSB - Werte bei Patienten mit schizophrenen
Psychosen
- (+) Abb.: 8. 5. PSB - Verteilung bei Patienten mit schizophrenen
Psychosen
- (+) Abb.: 8. 6. PSB - Verteilung bei Männern und Frauen mit
schizophrenen Psychosen
- (+) Tab.: 9. 5. Symptome und deren Ausprägung bei Patienten mit
schizophrenen Psychosen
- (+) Tab.: 9. 6. Verteilung der Syndrome bei Patienten mit
schizophrenen Psychosen
- (+) Abb.: 8. 7. Verteilung der Syndrome bei Patienten mit
schizophrenen Psychosen
- (+) Abb.: 8. 8. Verteilung der Syndrome bei Männern und Frauen
mit schizophrenen Psychosen
- (+) Tab.: 9. 7. Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei
Blutsverwandten der Patienten mit schizophrenen
Psychosen
- (+) Tab.: 9. 8. Krankheitsdauer seit Erstmanifestation in Jahren
bei Patienten mit schizophrenen Psychosen
- (+) Tab.: 10. 1. Geschlechtsverteilung bei Patienten mit ein-
facher paranoider Psychose und Paranoia

- (+) Tab.: 10.2. Altersverteilung bei Patienten mit einfacher paranoider Psychose und Paranoia
- (+) Abb.: 9.1. Altersverteilung bei Patienten mit einfacher paranoider Psychose und Paranoia
- (+) Abb.: 9.2 Altersverteilung bei Männern und Frauen mit einfacher paranoider Psychose und Paranoia
- (+) Tab.: 10.3 Aufenthaltsdauer bei Patienten mit einfacher paranoider Psychose und Paranoia
- (+) Abb.: 9.3. Verteilung der Aufenthaltsdauer bei Patienten mit einfacher paranoider Psychose und Paranoia
- (+) Abb.: 9.4. Verteilung der Aufenthaltsdauer bei Männern und Frauen mit einfacher paranoider Psychose und Paranoia
- (+) Tab.: 10.4. PSB - Werte bei Patienten mit einfacher paranoider Psychose und Paranoia
- (+) Abb.: 9.5. PSB - Verteilung bei Patienten mit einfacher paranoider Psychose und Paranoia
- (+) Abb.: 9.6. PSB - Verteilung bei Männern und Frauen mit einfacher paranoider Psychose und Paranoia
- (+) Tab.: 10.5. Symptome und deren Ausprägung bei Patienten mit einfacher paranoider Psychose und Paranoia
- (+) Tab.: 10.6. Verteilung der Syndrome bei Patienten mit einfacher paranoider Psychose und Paranoia
- (+) Abb.: 9.7. Verteilung der Syndrome bei Patienten mit einfacher paranoider Psychose und Paranoia
- (+) Abb.: 9.8. Verteilung der Syndrome bei Männern und Frauen mit einfacher paranoider Psychose und Paranoia
- (+) Tab.: 10.7. Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit einfacher paranoider Psychose und Paranoia
- (+) Tab.: 10.8. Krankheitsdauer seit Erstmanifestation in Jahre bei Patienten mit einfacher paranoider Psychose und Paranoia
- (+) Tab.: 11.1. Geschlechtsverteilung bei Patienten mit Paraphrenie

- (+) Tab.: 11.2. Altersverteilung bei Patienten mit Paraphrenie
- (+) Abb.: 10.1. Altersverteilung bei Patienten mit Paraphrenie
- (+) Abb.: 10.2. Altersverteilung bei Männern und Frauen mit Paraphrenie
- (+) Tab.: 11.3. Aufenthaltsdauer bei Patienten mit Paraphrenie
- (+) Abb.: 10.3. Verteilung der Aufenthaltsdauer bei Patienten mit Paraphrenie
- (+) Tab.: 11.4. PSB - Werte bei Patienten mit Paraphrenie
- (+) Abb.: 10.4. PSB - Verteilung bei Patienten mit Paraphrenie
- (+) Abb.: 10.5. PSB - Werte bei Männern und Frauen mit Paraphrenie
- (+) Tab.: 11.5. Symptome und deren Ausprägung bei Patienten mit Paraphrenie
- (+) Tab.: 11.6. Verteilung der Syndrome bei Patienten mit Paraphrenie
- (+) Abb.: 10.6. Verteilung der Syndrome bei Patienten mit Paraphrenie
- (+) Abb.: 10.7. Verteilung der Syndrome bei Männern und Frauen Paraphrenie
- (+) Tab.: 11.7. Psychische Erkrankung und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit Paraphrenie
- (+) Tab.: 11.8. Krankheitsdauer seit Erstmanifestation in Jahren bei Patienten mit Paraphrenie

- (+) Tab.: 12.1. Geschlechtsverteilung bei Patienten mit induzierter Psychose, anderen paranoiden Syndromen und nicht näher bezeichneten paranoiden Syndromen
- (+) Tab.: 12.2. Altersverteilung der Patienten mit induzierter Psychose, anderen paranoiden Syndromen und nicht näher bezeichneten paranoiden Syndromen
- (+) Tab.: 12.3. Verteilung der Aufenthaltsdauer bei Patienten mit induzierter Psychose, anderen paranoiden Syndromen und nicht näher bezeichneten paranoiden Syndromen
- (+) Tab.: 12.4. PSB - Werte bei Patienten mit induzierter Psychose, anderen paranoiden Syndromen und nicht näher bezeichneten paranoiden Syndromen

- (+) Tab.: 12.5. Symptome und deren Ausprägungen bei Patienten mit induzierter Psychose, anderen paranoiden Syndromen und nicht näher bezeichneten paranoiden Syndromen
- (+) Tab.: 12.6. Verteilung der Syndrome bei Patienten mit induzierter Psychose, anderen paranoiden Syndromen und nicht näher bezeichneten paranoiden Syndromen
- (+) Tab.: 12.7. Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten der Patienten mit induzierter Psychose, anderen paranoiden Psychosen und nicht näher bezeichneten paranoiden Syndromen
- (+) Tab.: 12.8. Krankheitsdauer seit Erstmanifestation in Jahren bei Patienten mit induzierter Psychose, anderen paranoiden Syndromen und nicht näher bezeichneten paranoiden Syndromen
- (+) Tab.: 13.1. Geschlechtsverteilung bei Patienten mit paranoiden Syndromen
- (+) Tab.: 13.2. Altersverteilung bei Patienten mit paranoiden Syndromen
- (+) Abb.: 11.1. Altersverteilung bei Patienten mit paranoiden Syndromen
- (+) Abb.: 11.2. Altersverteilung bei Männern und Frauen mit paranoiden Syndromen
- (+) Tab.: 13.3. Aufenthaltsdauer bei Patienten mit paranoiden Psychosen
- (+) Abb.: 11.3. Verteilung der Aufenthaltsdauer bei Patienten mit paranoiden Psychosen
- (+) Abb.: 11.4. Verteilung der Aufenthaltsdauer bei Männern und Frauen, mit paranoiden Psychosen
- (+) Tab.: 13.4. PSB - Werte bei Patienten mit paranoiden Psychosen
- (+) Abb.: 11.5. PSB - Verteilung bei Patienten mit paranoiden Psychosen
- (+) Abb.: 11.6. PSB - Verteilung bei Männern und Frauen mit paranoiden Psychosen.
- (+) Tab.: 13.5. Symptome und deren Ausprägung bei Patienten mit paranoiden Psychosen

- (+) Tab.: 13.6. Verteilung der Syndrome bei Patienten mit paranoiden Syndrome
- (+) Abb.: 11.7. Verteilung der Syndrome bei Patienten mit paranoiden Syndromen
- (+) Abb.: 11.8. Verteilung der Syndrome bei Männern und Frauen mit paranoiden Syndromen
- (+) Tab.: 13.7. Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Blutsverwandten bei Patienten mit paranoiden Syndromen
- (+) Tab.: 13.8. Krankheitsdauer seit Erstmanifestation in Jahren bei Patienten mit paranoiden Syndromen

- (+) Tab.: 14.1. Geschlechtsverteilung bei Patienten mit anderen nicht organischen Psychosen
- (+) Tab.: 14.2. Altersverteilung der Patienten mit anderen nicht organischen Psychosen
- (+) Tab.: 14.3. Aufenthaltsdauer bei Patienten mit anderen nicht organischen Psychosen
- (+) Tab.: 14.4. PSB - Werte bei Patienten mit anderen nicht organischen Psychosen
- (+) Tab.: 14.5. Verteilung der Syndrome bei Patienten mit anderen nicht organischen Psychosen

Übersicht über die Diagnosen

ICD Nr.	Diagnose	Fallzahl	
		abs.	%
295.1	Hebephrene Schizophrenie	75	16
295.2	Katatone Schizophrenie	18	4
295.3	Paranoide Schizophrenie	67	15
295.4	Schizoaffektive Episode	45	10
295.6	Schizophrene Rest- und Defektzustände	39	9
295.7	Schizoaffektive Psychose	127	28
295.8	Andere Schizophrenieformen	13	3
295.9	Nicht näher bezeichnete Schizophrenieformen	12	3
297.0	Einfache paranoide Psychose	7	2
297.1	Paranoia	19	4
297.2	Paraphrenie	15	3
297.3	Induzierte Psychose	1	0,2
297.8	Andere paranoide Syndrome	3	1
297.9	Nicht näher bezeichnete paranoide Syndrome	2	0,4
298.1	Reaktiver Erregungszustand	1	0,2
298.2	Reaktiver Verwirrheitszustand	1	0,2
298.3	Akute paranoide Reaktion	6	1
298.4	Psychogene Psychose mit paranoider Symptomatik	3	1
298.9	Nicht näher bezeichnete Psychose	1	0,2
Summe		455	100,0

Tab.: 1.1

Übersicht über die Diagnosegruppen

Gruppe	ICD Nr.	Diagnosen	Fallzahl	
			abs.	%
1	295.1	Hebephrene Schizophrenie	75	16
2	295.2	Katatone Schizophrenie	18	4
3	295.3	Paranoide Schizophrenie	67	15
4	295.4	Schizophrene Episode	45	10
5	295.6	Schizophrene Rest- und Defektzustände	39	9
6	295.7	Schizoaffektive Psychose	127	28
7	295.8	Andere Schizophrenieformen	25	3
	295.9	Nicht näher bezeichnete Schizophrenieformen		
8	295.1 - 295.9	Schizophrene Psychosen	397	87
9	297.0	Einfache paranoide Psychose	26	6
	297.4	Paranoia		
10	297.2	Paraphrenie	15	3
11	297.3	Induzierte Psychose	5	1
	297.8	Andere paranoide Syndrome		
	297.9	Nicht näher bezeichnete paranoide Syndrome		
12	297.0 - 297.9	Paranoide Psychosen	46	10
13	298.1 - 298.9	Andere nicht organische Psychosen	12	3

Tab.: 1.2

Geschlechterrelation

Diagnosegruppe	Relation männl./weibl.	Fallzahl	
		Männer	Frauen
1 Hebephrene Schizophrenie	1,7 : 1	48	27
2 Katatone Schizophrenie	2 : 1	12	6
3 Paranoide Schizophrenie	1 : 1,5	27	40
4 Schizophrene Episode	1 : 2,5	13	32
5 Schizophrene Rest- und Defektzustände	1,3 : 1	22	17
6 Schizoaffektive Psychosen	1 : 3,9	26	101
7 Andere Schizophrenieformen, nicht näher bezeichnete Schizophrenieformen	1,1 : 1	13	12
8 Schizophrene Psychosen	1 : 1,5	161	236
9 Einfache paranoide Psychose Paranoia	1 : 4,2	5	21
10 Paraphrenie	1 : 14	1	14
11 Induzierte Psychose Andere paranoide Syndrome nicht näher bezeichnete paranoide Syndrome	1,5 : 1	3	2
12 Paranoide Psychosen	1 : 4	9	37
13 Andere nicht organische Psychosen	1 : 1	6	6
Summe	1 : 1,6	176	279

Tab.: 1.3

Durchschnittsalter

Diagnosegruppe	Durchschnittsalter ¹		
	gesamt	Männer	Frauen
1 Hebephrene Schizophrenie	25	26	23
2 Katatone Schizophrenie	33	31	37
3 Paranoide Schizophrenie	39	36	41
4 Schizophrene Episode	30	26	32
5 Schizophrene Rest- und Defektzustände	43	40	46
6 Schizoaffektive Psychosen	37	35	37
7 Andere Schizophrenieformen, nicht näher bezeichnete Schizophrenieformen	31	28	33
8 Schizophrene Psychosen	34	32	36
9 Einfache paranoide Psychose Paranoia	48	42	49
10 Paraphrenie	65	52	66
11 Induzierte Psychose Andere paranoide Syndrome Nicht näher bezeichnete paranoide Syndrome	38	42	32
12 Paranoide Psychosen	52	43	55
13 Andere nicht organische Psychosen	37	35	39
Gesamtheit	41	36	43

¹alle Angaben in Jahren

Tab.: 1.4

Aufenthaltsdauer

Diagnosegruppe	Aufenthaltsdauer ²		
	gesamt	Männer	Frauen
1 Hebephrene Schizophrenie	58	59	57
2 Katatone Schizophrenie	52	51	54
3 Paranoide Schizophrenie	54	47	58
4 Schizophrene Episode	39	41	38
5 Schizophrene Rest- und Defektzustände	31	24	41
6 Schizoaffective Psychose	44	55	42
7 Andere Schizophrenieformen, nicht näher bezeichnete Schizophrenieformen	43	46	40
8 Schizophrene Psychosen	47	48	46
9 Einfache paranoide Psychose Paranoia	49	33	53
10 Paraphrenie	45	56	45
11 Induzierte Psychose Andere paranoide Syndrome Nicht näher bezeichnete paranoide Syndrome	27	29	23
12 Paranoide Psychosen	45	34	48
13 Andere nicht organische Psychosen	28	22	35
Gesamtheit	43	42	41

²alle Angaben in Tagen

Tab.: 1.5

Übersicht der PSB - Werte

Diagnosegruppe	n	PSB-Aufnahme		PSB-Erlassung		PSB-Verbesserung	
		gesamt	Männer/Frauen	gesamt	Männer/Frauen	gesamt	Männer/Frauen
1 Hebephrene Schizophrenie	75	31	31	44	44	13	12
2 Katatone Schizophrenie	19	25	24	50	53	24	29
3 Paranoide Schizophrenie	60	31	32	50	49	18	17
4 Schizophrene Episode	45	30	29	61	61	31	33
5 Schizophrene Rest- und Defektzustände	39	35	36	44	44	8	8
6 Schizoaffective Psychose	127	31	28	62	61	32	32
7 Andere Schizophrenieformen nicht näher bezeichnete Schizophrenieformen	25	33	36	50	55	17	19
8 Schizophrene Psychosen	307	31	31	53	50	22	19
9 Einfache paranoide Psychose Paranoia	26	34	31	49	35	15	4
10 Paraphrenie	15	36	47	52	48	15	1
11 Induzierte Psychose	1	34	39	53	51	19	13
12 Paranoide Psychosen	46	35	35	50	41	16	6
13 Andere nicht organische Psychosen	12	37	46	63	65	25	19

Symptomatik

Psychischer Befund

Aufnahme

Angabe in % der Fälle

Symptom	Hebephrene Schizophrenie	Katatone Schizophrenie	Paranoide Schizophrenie	Schizophrene Episode	Schizophrene Rest- u. Defektzustände	Schizoaffective Psychose	Andere Schizof. nicht näher bezeich. Schizof.	Schizophrene Psychosen	Paranoia	Einfache paranoide Psychose	Paraphrenie	Induzierte Psy. and. para. Synd. nicht näher bezeichnete Synd.	Paranoide Psychosen	Andere nicht organische Psychosen
eingeengt	23	11	31	24	33	26	24	25	62	33	33	20	48	25
perseverierend	11	11	8	11	8	9	4	9	16	13	13	26	19	17
Grübeln	15	6	15	13	13	13	16	14	12	20	20	60	20	9
Gedankendrängen	11	6	10	11	5	11	12	9	-	-	-	-	-	-
Ideenflüchtig	51	56	25	20	44	23	28	39	4	13	13	20	2	8
Vorbereiten	27	30	13	16	17	17	8	20	11	-	-	-	7	17
gespreizt/Gedankenabreißen	63	61	40	47	40	53	12	49	12	-	-	-	7	17
Inkohärent/Verfahre	9	11	3	7	13	4	4	6	4	-	-	-	2	-
Neologismen														
Befürchtungen und Zwänge														
Mittrauen	24	11	54	51	33	37	52	39	50	53	53	60	52	59
Hypochondrie (n. wahnt.)	5	11	3	4	2	2	4	3	4	20	20	-	9	-
Phobien	1	1	2	-	-	-	-	-	-	7	7	-	2	-
Zwangsdanken	3	6	3	-	3	2	8	3	8	-	-	-	7	8
Zwangsimpulse	1	6	1	-	2	2	4	2	-	-	-	-	-	-
Zwangshandlungen	1	6	1	-	-	-	4	1	-	-	-	-	-	-
Wahr														
W.-Stimmung	43	61	49	75	27	60	40	51	27	27	27	40	28	58
Wahrwahrnehmung	23	28	36	38	13	24	28	26	35	33	33	40	35	17
Wahrneinfall	39	29	33	40	29	39	24	35	19	33	33	20	24	17
Wahngedanken	57	39	69	62	41	62	44	58	54	80	80	80	71	42

Symptomatik

Psychischer Befund

Aufnahme

Angabe in % der Fälle

S y m p t o m	Hebephrene Schizophrenie	Katatone Schizophrenie	Paranoide Schizophrenie	Schizophrene Episode	Schizophrene Rest- u. Defek- tustände	Schizoaffective Psychose	Andere Schizof. nicht näher be- zeich. Schizof.	Schizophrene Psychosen	Einfache para- noide Psychose Paranoia	Paraphrenie	Induzierte Psy. and. para. Synd. nicht näher be- zeichnete Synd.	Paranoide Psychosen	Andere nicht organische Psychosen
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
systematisierter Wahn	12	11	51	16	28	14	20	22	69	60	60	71	1
Wahndynamik	28	28	55	56	31	55	40	45	65	60	40	51	50
Beziehungswahn	53	39	69	60	46	48	52	51	65	60	60	63	58
Beeinträchtigungs-, Verfolgungs- wahn	57	44	76	69	56	51	60	59	92	87	60	8	67
Eifersucht	-	-	3	2	-	3	-	2	4	7	-	1	3
Schuldwahn	8	6	4	7	5	9	4	7	20	20	-	11	3
Verarmungswahn	1	-	1	4	3	2	-	2	8	7	-	14	-
hypochoondrischer Wahn	19	6	12	2	13	2	8	9	-	-	-	15	-
Größenwahn	35	28	28	33	13	28	20	28	19	7	20	15	-
andere Wahninhalte	5	33	13	2	13	17	3	12	15	20	20	19	3
<u>Sinnesstäuschungen</u>													
Illusionen	3	6	4	20	-	6	3	6	15	7	-	11	-
Stimmenhören	39	61	49	33	26	26	48	36	12	49	-	22	-
andere akustische Halluzinationen	5	11	12	3	3	6	8	9	4	13	-	7	8
optische Halluzinationen	4	-	7	7	3	2	4	4	-	7	-	2	3
Körperhalluzinationen	29	17	31	16	13	9	16	13	11	40	-	20	-
Geruchs-/geschmackshalluzinationen	5	-	10	7	-	5	4	6	14	13	-	7	9
<u>Ich - Störungen</u>													
Derealisation	28	34	18	33	3	19	12	21	4	-	-	3	17
Depersonalisation	21	28	40	38	8	17	16	21	4	7	-	4	3
Gedankenausbreitung	11	6	12	13	10	8	12	10	8	13	-	9	9

Psychischer Befund	Aufnahme		Angabe in % der Fälle										
	Hebephrene Schizophrenie	Katatone Schizophrenie	Paranoide Schizophrenie	Schizophrene Episode	Schizophrene Rest- u. Defektzustände	Schizoaffective Psychose	Andere Schizof. nicht näher bezeich. Schizof.	Schizophrene Psychosen	Einfache paranoide Psychose Paranoia	Paraphrenie	Induzierte Psy. and. para. Synd. nicht näher bezeichnete Synd.	Paranoide Psychosen	Andere nicht organische Psychosen
S y m p t o m	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Gedankenentzug	16	6	18	18	3	4	8	10	12	7	-	9	-
Gedankenineubung	19	11	30	11	5	6	28	15	15	13	-	13	-
andere Fremdbeeinfluss.-Erleb.	24	17	30	22	15	12	20	20	19	27	-	19	8
<u>Störungen der Affektivität</u>													
ratlos	8	28	9	27	5	28	8	17	8	13	-	9	17
Gefühl der Gefühllosigkeit	3	11	3	2	3	6	4	4	-	13	-	-	8
affektarm	70	72	46	7	67	11	48	38	12	13	20	13	8
Störung der Vitalgefühle	8	11	7	9	3	9	4	8	4	27	-	11	8
deprimiert	41	44	31	42	46	47	40	42	46	53	40	48	58
hoffnungslos	16	6	15	20	13	15	16	15	8	27	20	15	25
ängstlich	57	78	58	80	36	63	64	61	72	53	40	63	33
euphorisch	28	6	18	22	23	34	8	25	8	27	20	7	17
dysphorisch	31	28	27	27	31	36	36	31	12	33	40	22	-
gereizt	44	39	54	49	33	55	40	48	27	20	40	24	25
innerlich unruhig	59	44	64	67	33	60	68	58	61	40	60	54	8
Klagen/ jammrig	15	4	15	4	13	0	16	11	19	33	20	24	17
Ineffizienzgefühle	16	17	15	27	18	23	12	19	4	20	20	11	-
gest. Selbstwertgefühle	20	6	21	16	5	24	8	18	4	7	20	4	25
Schuldgefühle	11	6	9	27	5	17	4	13	12	-	20	11	-
Verarmungsgefühle	-	-	1	2	-	2	-	1	-	7	20	2	8
ambivalent	49	67	34	56	28	35	32	40	23	-	20	20	-
Parathmie	72	56	49	27	51	17	32	40	19	13	40	15	17
affektlabil	25	22	13	38	13	43	16	28	4	7	-	4	25

Symptomatik

Psychischer Befund

Aufnahme

Angabe in % der Fälle

Symptom	Hebephrene Schizophrenie	Katatone Schizophrenie	Paranoide Schizophrenie	Schizophrene Episode	Schizophrene Rest- u. Defektzustände	Schizoaffektive Psychose	Andere Schizof. nicht näher bezeichnete Schizo.	Schizophrene Psychosen	Einfache paranoide Psychose Paranoia	Paraphrenie	Induzierte Psy. and. para. Synd. nicht näher bezeichnete Synd.	Paranoide Psychosen	Andere nicht organische Psychosen
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
affektinkontinent	3	6	4	2	3	2	-	3	4	-	-	2	-
affektstarr	55	72	54	16	69	24	48	42	50	27	60	44	17
Antriebs- u. psychomotorische Störungen													
antriebsarm	55	50	39	13	54	12	52	36	15	27	-	19	25
antriebsgeregelt	4	29	10	33	5	31	8	18	27	20	-	24	8
antriebsgesteigert	25	22	31	38	23	51	24	35	38	20	20	28	33
motorisch unruhig	53	39	48	51	25	66	48	52	46	33	20	39	50
parakinesen	17	39	4	7	8	5	12	10	8	7	-	4	-
maniert/bizar	31	56	30	15	26	13	28	23	9	7	20	2	8
theatralisch	11	11	6	6	8	11	4	9	-	-	-	-	-
mutistisch	9	50	10	19	9	11	24	13	-	-	-	-	-
logorhoisch	13	22	16	22	10	28	-	19	15	20	-	19	17
Circadiane Besonderheiten													
morgens schlechter	-	-	1	2	-	7	-	3	-	-	20	-	-
abends schlechter	1	-	1	2	-	-	4	1	-	7	-	-	-
abends besser	1	-	-	-	-	3	-	1	-	-	-	-	-
Andere Störungen													
sozialer Rückzug	53	89	61	38	72	32	64	52	65	80	40	67	33
soziale Untriebigkeit	19	6	10	16	8	32	8	19	-	-	-	-	8
Aggressivität	29	39	34	33	26	39	28	33	15	7	40	15	8

Psychischer Befund	Aufnahme			Angabe in % der Fälle									
Symptom	Hebephrene Schizophrenie	Katatone Schizophrenie	Paranoide Schizophrenie	Schizophrene Episode	Schizophrene Rest- u. Defektzustände	Schizoaffective Psychose	Andere Schizof. nicht näher bezeichnete Schizo.	Schizophrene Psychosen	Einfache paranoide Psychose Paranöia	Paraphrenie	Induzierte Psy. and. para. Synd. nicht näher bezeichnete Synd.	Paranoide Psychosen	Andere nicht organische Psychosen
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Suizidalität	32	17	22	24	15	23	36	24	12	20	40	19	17
Selbstbeschädigung	8	6	4	4	-	4	8	5	-	7	-	2	-
Mangel an Krankheitsgefühl	41	28	33	40	31	34	36	35	54	7	40	37	25
Mangel an Krankheitsseinsicht	60	56	60	78	49	45	48	54	72	73	100	76	50
Ablehnung der Behandlung	31	33	21	33	20	19	28	24	15	7	20	13	-
Pflegebedürftig	3	11	33	4	10	2	-	4	-	7	-	2	-
Zerfahrenheit d. Handlung	12	22	9	22	5	17	4	13	-	-	-	-	8
Zerfahrenheit d. Sprache	27	44	16	27	31	21	4	23	-	-	-	-	8
Zerfahrenheit d. Denkinhalte	23	44	22	29	31	28	4	25	4	-	-	2	-
Überwertige Ideen	1	-	9	13	3	8	8	7	-	-	-	-	-
Psychogene Störungen der motor. und Sinnesfunktionen	1	33	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-
Beobachtete Angstzustände	15	-	13	38	3	19	24	18	12	13	-	11	17
Personenverkenntnis	1	6	6	24	8	15	4	10	4	-	-	2	-
Nichtwahn. Beziehungsideen	-	-	1	7	-	6	-	3	-	7	-	-	8
Synthymmer Wahn	-	-	-	-	-	2	-	2	-	-	-	4	-
Erklärungs-wahn	1	6	4	7	-	1	-	2	4	-	-	4	-
Affekt bed. akust. Halluz.	1	-	1	9	-	6	24	15	-	13	-	15	8
Kommentier./befehl. Stimmen	20	22	27	20	10	8	12	17	15	20	-	15	17
Wahnhaftes Ich-Störungen	24	22	43	24	36	8	40	28	19	7	20	26	25
Autismus	39	56	60	31	51	24	56	45	35	13	20	26	50
Qualitative Abw. d. Affekt	64	67	61	24	54	23	44	40	27	27	20	26	-
Quantitative Abw. d. Affekt	57	61	51	24	54	23	44	40	27	27	20	26	-
Flache Euphorie	39	6	13	9	26	6	4	16	-	-	-	-	-

Symptomatik

Psychischer Befund

Aufnahme

Angabe in % der Fälle

Symptom	Hebephrene Schizophrenie	Katatone Schizophrenie	Paranoide Schizophrenie	Schizophrene Episode	Schizophrene Rest- u. Defekt- Zustände	Schizoaffektive Psychose	Schizoph. nicht näher bezeich. Schizof.	Schizophrene Psychosen	Einfache paranoide Psychose Paranoia	Paraphrenie	Induzierte Psy. and. para. Synd. nicht näher bezeichnete Synd.	Paranoide Psychose	Andere nicht organische Psychosen
Beobachtete Depression	25	11	22	31	31	24	16	24	12	27	20	19	42
Vertrauliche Distanzlosigkeit	40	6	15	13	18	27	4	22	4	-	20	4	8
Beobachtete Ablenkbarkeit/ Konzentrationstörung	76	61	64	62	46	63	56	53	27	46	20	33	42
Anhaltender Aktivitätsverlust	61	50	37	22	54	7	32	32	19	20	40	22	17
Beob. Verlangsamung	40	50	37	27	46	21	28	32	12	20	20	15	8
Mangelnde Beeinflussbarkeit d. Affekts u. d. Willensfunkt.	15	28	9	7	10	4	8	9	-	7	20	4	-
Gehobene Stimmungslage während der Untersuchung	21	6	13	20	13	21	8	17	4	-	-	2	8
Qual. Abw. d. Willensfunktion	8	17	7	4	3	2	-	5	-	-	-	-	-
Entfremdungsgefühle	9	6	7	16	5	5	4	7	4	-	-	2	-
Agitiertheit	12	28	13	36	13	27	16	21	8	13	-	9	17
psychomotor. Hemmung	4	6	1	4	15	9	12	7	4	7	-	4	-
Hyperkinet. katatone Sympt.	1	39	-	2	3	2	4	4	-	-	-	-	-
Hypokinet. katatone Sympt.	1	56	-	13	3	5	16	7	-	-	-	-	-
Andere katatone Symptome	1	33	4	-	-	3	4	4	-	-	-	-	-

Somatischer Befund

Aufnahme

Angabe in % der Fälle

Symptom	Hebephrene Schizophrenie	Katatone Schizophrenie	Paranoide Schizophrenie	Schizophrene Episode	Schizophrene Rest- u. Defektzustände	Schizoaffective Psychosen	Andere Schizof. nicht näher bezeich. Schizof.	Schizophrene Psychosen	Einfache paranoide Psychose Paranoia	Paraphrenie	Induzierte Psy. and. para. Synd. nicht näher bezeichnete Synd.	Paranoide Psychosen	Andere nicht organische Psychosen
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Schwindel	3	1	6	4	1	1	12	2	8	13	—	9	—
Herzklopfen	3	1	7	2	3	2	1	4	12	20	—	13	8
Herzdruck	1	—	3	—	—	—	3	2	8	2	4	—	8
Andere vegetative Störungen													
Akkommodationsstörungen	1	—	—	—	3	—	—	1	—	13	—	—	—
Schwitzen vermehrt	4	11	10	—	3	4	8	6	4	—	—	7	25
Seborrhoe	—	11	—	—	3	2	—	2	4	7	—	2	—
Miktionsstörungen	1	11	—	—	—	1	—	1	—	—	—	2	—
Menstruationsstörungen	3	—	—	—	—	4	4	2	—	—	—	—	—
Weitere Störungen													
Kopfdruck	7	—	6	4	3	6	8	9	12	13	—	11	17
Rückenbeschwerden	3	—	1	—	3	2	—	2	—	13	—	4	—
Schweregefühl i. d. Beinen	—	—	1	2	—	1	—	1	8	20	—	11	—
Hitzegefühl	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	2	—
Frösteln	—	—	—	4	—	1	—	—	—	7	—	—	—
Konversionssymptome	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Neurologische Störungen													
Rigor	3	6	3	2	5	3	4	3	8	7	40	9	8
Tremor	3	6	5	2	3	2	12	4	8	7	20	9	—
Dyskinesien	1	—	—	—	3	2	8	2	4	7	—	4	—
Hypokinesien	4	11	1	—	3	2	8	3	4	7	—	4	—
Akathisie	1	—	—	—	3	2	4	2	4	—	—	—	—

Symptomatik

Somatischer Befund

Aufnahme

Angabe in % der Fälle

Symptom	Hebephrene Schizophrenie	Katatone Schizophrenie	Paranoide Schizophrenie	Schizophrene Episode	Schizophrene Rest- u. Defektzustände	Schizoaffektive Psychose	Andere Schizof. nicht näher bezeich. Schizof.	Schizophrene Psychosen	Einfache paranoide Psychose Paranoia	Paraphrenie	Induzierte Psy. and. para. Synd. nicht näher bezeichnete Synd.	Paranoide Psychosen	Andere nicht organische Psychosen
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<u>Schlaf- u. Vigilanzstörungen</u>													
Einschlafstörungen	40	56	34	53	44	54	40	46	46	33	20	40	57
Durchschlafstörungen	31	56	28	53	27	58	36	42	38	67	20	46	50
Verkürzung d. Schlafdauer	16	22	18	22	8	45	16	26	8	20	-	11	33
Frühwachen	5	-	4	11	-	11	12	7	4	-	-	-	8
Müdigkeit	13	-	6	13	10	14	8	1	4	20	-	9	9
<u>Appetenzstörungen</u>													
Appetit vermindert	21	44	22	33	23	24	20	25	27	47	20	33	8
Appetit vermehrt	9	6	4	-	5	6	-	5	-	7	-	2	-
Durst vermehrt	4	6	1	9	-	2	12	2	-	-	-	9	-
Sexualität vermindert	1	6	7		3	6		6	8	7	20		8
<u>Gastro- intestinale Störungen</u>													
Hypersalivation	-	-	1	-	-	1	4	1	-	-	-	-	8
Mundtrockenheit	3	6	3	2	3	5	4	4	4	-	-	2	-
Übelkeit	1	-	6	2	-	3	4	3	-	7	-	2	-
Erbrechen	3	-	3	-	-	1	-	1	-	7	-	2	-
Magenbeschwerden	7	-	6	-	3	-	4	3	-	7	-	2	-
Obstipation	5	-	5	7	3	8	-	5	-	27	-	13	8
Diarrhoe	-	-	1	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-
<u>Kardio-respiratorische Störungen</u>													
Atembeschwerden	1	-	-	2	3	4	4	2	12	20	-	13	-

Psychischer Befund

Entlassung

Angabe in % der Fälle

Symptom	Hebephrene Schizophrenie	Katatone Schizophrenie	Paranoide Schizophrenie	Schizophrene Episode	Schizophrene Rest- u. Defektzustände	Schizoaffective Psychose	Andere Schizof. nicht näher bezeich. Schizof.	Schizophrene Psychosen	Einfache paranoide Psychose Paranoia	Paraphrenie	Induzierte Psy. and. para. Synd. nicht näher bezeichnete Synd.	Paranoide Psychosen	Andere nicht organische Psychosen
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<u>Orientierungsstörungen</u>													
zeitlich	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-
<u>Aufmerksamkeits- u. Gedächtnisstörungen</u>													
Auffassungsstörungen	20	-	3	2	28	4	16	9	8	13	40	13	-
Konzentrationsstörungen	67	56	58	29	61	37	56	49	35	47	20	37	42
Merkfähigkeitsstörungen	21	-	10	4	10	7	16	11	8	53	-	22	-
Gedächtnisstörungen	4	-	11	2	3	3	4	3	-	13	-	4	-
Konfabulation	-	-	1	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-
Paranthesen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<u>Formale Denkstörungen</u>													
gehemmt	3	22	4	2	-	3	8	4	-	-	20	2	-
verlangsamt	33	22	34	20	41	13	32	25	12	-	40	11	8
umständlich	19	11	21	13	41	8	12	16	27	47	20	23	8
eingeeengt	17	11	10	8	28	6	12	14	35	13	20	26	17
perseverierend	8	-	3	2	8	2	4	4	4	13	-	7	8
Grübeln	11	11	12	7	10	8	12	10	4	13	20	9	-
Gedankendrängen	3	-	1	2	-	1	-	1	-	-	-	-	-
ideenflüchtig	7	-	6	4	5	3	-	4	-	-	-	-	-
Vorbeireden	37	17	10	7	26	5	12	15	-	13	-	4	8

Psychischer Befund

psychischer Befund	Entlassung	Angabe in % der Fälle												
S y m p t o m		Hebephrene Schizophrenie	Katatone Schizophrenie	Paranoide Schizophrenie	Schizophrene Episode	Schizophrene Rest- u. Defektzustände	Schizoaffektive Psychose	Andere Schizof. nicht näher bezeich. Schizof.	Schizophrene Psychosen	Einfache paranoide Psychose Paranoia	Paraphrenie	Induzierte Psy. and. para. Synd. nicht näher bezeichnete Synd.	Paranoide Psychosen	Andere nicht organische Psychosen
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
inkohärent/verfahren		36	28	16	7	28	7	4	18	-	-	-	-	-
Neologismen		3	-	1	-	10	-	-	6	-	-	-	-	-
<u>Befürchtungen und Zwänge</u>														
Mittrauen		13	11	31	13	33	11	32	19	43	13	20	30	33
Hypochondrie		5	-	1	4	-	-	4	2	4	20	-	8	-
Zwangsdanken		3	6	-	-	3	1	8	2	8	-	-	4	-
Zwangshandlungen		1	-	-	-	-	-	4	1	-	-	-	-	-
<u>Wahn</u>														
Wahnstimmung		15	22	18	9	16	4	4	11	8	-	20	7	8
Wahnwahrnehmung		11	6	18	-	10	3	12	8	4	13	-	7	-
Wahneinfall		24	17	13	2	16	1	12	4	19	20	-	19	-
Wahngedanken		35	11	40	7	26	7	12	20	46	33	40	41	-
systemat. Wahn		9	6	39	2	18	3	16	13	58	33	40	50	9
Wahndynamik		16	6	30	4	23	5	12	13	42	27	20	35	-
Beziehungswahn		32	11	36	11	33	6	32	21	50	27	40	41	-
Beeinträchtigungs- wahn		29	6	51	13	41	6	32	24	77	40	60	62	25
Eifersuchtswahn		-	-	1	-	-	1	-	1	-	7	-	2	-
Schuldwahn		5	-	-	2	-	1	-	2	8	7	-	7	-
Verarmungswahn		1	-	1	2	3	-	-	1	-	7	20	4	9
hypochondrischer Wahn		16	-	7	-	10	-	4	6	8	-	-	4	-
Größenwahn		17	6	13	2	8	2	12	3	19	7	20	15	-
Wahnhaft- wahn		3	17	9	-	5	-	-	8	15	13	20	15	-

Angabe in % der Fälle

[illegible]

Symptomatik

Psychischer Befund	Einfassung						Angabe in % der Fälle							
Symptome	Hebephrene Schizophrenie	Katatone Schizophrenie	Paranoide Schizophrenie	Schizophrene Episode	Schizophrene Rest- u. Defektzustände	Schizoaffective Psychose	Andere Schizof. nicht näher bezeich. Schizof.	Schizophrene Psychosen	Einfache paranoide Psychose Paranoia	Paraphrenie	Induzierte Psy. and. para. Synd. nicht näher bezeichn. Synd.	Paranoide Psychosen	Andere nicht organische Psychosen	
Symptome	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
	20	—	13	11	23	17	4	15	12	—	—	7	8	
	25	22	10	11	19	16	24	15	4	20	40	13	—	
	35	22	23	16	20	19	20	22	19	7	20	15	—	
	45	22	33	19	20	23	40	30	50	27	20	39	11	
	11	—	0	4	13	8	4	8	3	25	20	15	9	
	15	11	12	20	15	19	8	15	3	13	20	7	9	
	0	—	12	0	15	3	4	3	4	—	20	4	—	
	—	—	3	0	3	6	4	6	4	—	20	4	—	
	45	30	24	11	20	11	—	1	—	—	20	2	—	
	65	23	39	17	40	15	28	29	19	7	40	19	—	
	24	11	10	20	10	21	8	17	23	13	20	2	—	
	1	—	5	—	—	1	4	2	4	—	—	2	—	
	55	72	60	11	69	11	44	38	46	20	40	37	17	
	Antriebs- u. psychomot. Störungen													
	70	57	48	0	67	11	56	39	15	20	—	—	15	25
	3	—	9	20	5	10	3	9	23	—	20	20	15	—
	30	6	10	11	13	12	12	13	15	15	13	—	13	—
	37	17	16	13	10	10	12	17	17	19	7	—	13	—
	15	17	3	—	5	2	20	6	16	4	—	20	2	—
	25	44	25	2	23	4	20	16	8	8	7	—	9	—
	1	—	1	4	8	4	—	3	—	7	—	—	2	—
	3	—	1	0	5	4	16	4	—	7	—	—	0	—
	11	—	8	11	11	5	—	9	18	13	—	—	0	—

Psychischer Befund

Entlassung

Angabe in % der Fälle

Symptom	Hebephrene Schizophrenie	Katatone Schizophrenie	Paranoide Schizophrenie	Schizophrene Episode	Schizophrene Rest- u. Defek- zustände	Schizoaffective Psychose	Andere Schizof. nicht näher be- zeich. Schizof.	Schizophrene Psychosen	Einfache paranoide Psychose Paranoia	Paraphrenie	Induzierte Psy. and. para. Synd. nicht näher be- zeichnete Synd.	Paranoide Psychosen	Andere nicht organische Psychoen
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<u>Circadiane Besonderheiten</u>													
morgens schlechter	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
abends schlechter	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
abends besser	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<u>Andere Störungen</u>													
sozialer Rückzug	60	61	58	16	69	22	56	43	49	60	20	50	25
soziale Untriebigkeit	11	-	3	2	8	0	-	7	-	-	-	7	-
Aggressivität	16	6	9	7	13	7	4	9	8	-	20	7	-
Suizidalität	12	6	-	2	3	-	-	3	4	-	40	7	-
Selbstbeschädigung	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mangel an Krankheitsgefühl	32	11	-	-	33	9	28	21	42	7	40	30	17
Mangel an Krankheitseinsicht	61	33	46	24	51	14	32	35	65	60	80	71	42
Ablehnung d. Behandlung	21	22	9	16	20	9	20	15	8	13	20	11	8
Pflegebedürftig	3	6	1	-	10	1	-	2	-	7	-	2	-
Zerfahrenheit d. Handlung	5	-	2	-	3	1	-	2	-	-	-	-	-
Zerfahrenheit d. Sprache	15	11	6	2	21	2	-	7	-	-	-	-	-
Zerfahrenheit d. Denkinhalte	16	17	7	2	23	2	4	8	-	-	-	-	-
Überwertige Ideen	1	6	6	2	3	1	15	2	4	-	-	2	-
Beobachtete Angstzustände	1	-	1	-	5	-	-	2	4	-	-	2	-
Personenverkenntung	1	-	-	-	-	-	-	2	4	-	-	2	-
Nichtwahnhaftige Beziehungsideen	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Erklärungswahn	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Kommentier./befehl. Stimmen	11	5	3	4	5	-	12	15	-	-	-	-	-

Symptomatik

Psychischer Befund

Entlassung

Angabe in % der Fälle

Symptom	Hebephrene Schizophrenie	Katatone Schizophrenie	Paranoide Schizophrenie	Schizophrene Episode	Schizophrene Rest- u. Defektzustände	Schizoaffective Psychose	Andere Schizof. nicht näher bezeich. Schizof.	Schizophrene Psychosen	Einfache paranoide Psychose Paranoia	Paraphrenie	Induzierte Psy. and. para. Synd. nicht näher bezeichnete Synd.	Paranoide Psychosen	Andere nicht organische Psychosen
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Wahnhaftes Ich-Störungen	17	-	10	-	10	-	4	6	8	-	-	4	-
Autismus	35	39	37	15	38	2	36	23	19	7	20	15	3
Qualitative Abw. d. Affekt	61	56	57	13	54	9	43	36	23	13	20	20	25
Quantitative Abw. d. Affekt	53	44	43	16	49	9	18	31	19	13	-	15	33
Flache Euphorie	43	-	18	11	28	3	11	17	-	-	-	7	1
Beobachtete Depression	12	6	9	11	13	11	4	11	3	-	20	4	8
Vertraul. Distanzlosigkeit	36	17	15	7	19	10	4	15	4	-	20	4	-
Beobachtete Ablenkbarkeit/													
Konzentrationsstörungen	63	56	57	24	41	26	40	41	3	40	20	20	25
Anhaltender Aktivitätsverlust	61	44	55	11	56	6	24	30	19	13	40	20	3
Beobachtete Verlangsamung	37	44	40	16	46	9	16	26	4	20	20	11	8
Mangelnde Beeinflussbarkeit	15	11	6	-	10	-	8	6	-	-	20	2	-
d. Affekts u- d. Willensfunkt.	5	11	7	-	3	-	-	3	-	-	-	-	-
Qual. Abw. d. Willensfunktion													
Gehobene Stimmungslage während der Untersuchung	19	-	13	9	15	9	4	11	8	-	-	4	-
Entfremdungsgefühle	8	6	1	2	3	5	4	3	-	-	-	-	-
Agitiertheit	5	6	3	2	8	-	4	5	3	7	-	4	-
Psychomotor. Hemmung	4	1	1	2	10	2	12	4	4	7	-	-	-
Hypokinet. katatone Symptome	-	-	-	2	-	1	4	1	-	-	-	-	-
Andere katatone Symptome	1	-	1	2	3	-	-	2	-	-	-	-	-

Somatischer Befund

Entlassung

Angabe in % der Fälle

S y m p t o m	Angabe in % der Fälle											
	Hebephrene Schizophrenie	Katatone Schizophrenie	Paranoide Schizophrenie	Schizophrene Episode	Schizophrene Rest- u. Defektzustände	Schizoaffektive Psychose	Andere Schizof. nicht näher bezeich. Schizof.	Schizophrene Psychose	Einfache paranoide Psychose Paranoia	Paraphrenie	Induzierte Psy. and. para. Synd. nicht näher bezeichnete Synd.	Paranoide Psychosen
<u>Schlaf- u. Vigilanzstörungen</u>												
Einschlafstörungen	11	11	4	13	15	6	4	9	8	10	11	12
Durchschlafstörungen	8	11	6	16	8	12	8	15	40	13	-	22
Verkürzung d. Schlafdauer	1	-	1	4	3	1	4	-	-	-	-	4
Früherwachen	1	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-
Müdigkeit	11	11	7	16	10	10	8	10	20	20	-	11
<u>Appetenzstörungen</u>												
Appetit vermindert	3	-	1	2	8	2	4	8	7	7	-	11
Appetit vermehrt	0	11	6	-	3	2	4	-	20	-	-	2
Durst vermehrt	-	6	1	2	-	1	12	1	-	-	-	-
Sexualität vermindert	3	-	4	-	3	4	-	4	3	-	-	-
<u>Gastro-intestinale Störungen</u>												
Hypersalivation	1	-	-	2	-	1	-	1	7	7	-	2
Mundtrockenheit	1	6	3	-	-	4	-	-	-	-	-	-
Übelkeit	1	-	3	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Erbrechen	1	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Magenbeschwerden	1	-	1	-	-	3	-	-	-	13	-	2
Obstipation	1	-	4	4	3	3	-	3	-	-	-	-
<u>Kardio-respiratorische Störungen</u>												
Atembeschwerden	-	-	-	2	-	-	-	12	13	13	-	11
Schwindel	1	-	-	2	-	-	4	4	-	-	-	7

Symptomatik

Somatischer Befund

Entlassung

Angabe in % der Fälle

Symptom	Hebephrene Schizophrenie	Katatone Schizophrenie	Paranoide Schizophrenie	Schizophrene Episode	Schizophrene Rest- u. Defektzustände	Schizoaffective Psychose	Andere Schizof. nicht näher bezeich. Schizof.	Schizophrene Psychosen	Einfache paranoide Psychose Paranoia	Paraphrenie	Induzierte Psy. and. para. Synd. nicht näher bezeichnete Synd.	Paranoide Psychosen	Andere nicht organische Psychosen
Herzklopfen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Herzdruck	1	1	1	1	1	1	4	1	3	13	1	4	1
Andere vegetative Störungen	1	1	1	2	3	3	1	2	4	7	1	2	1
Akkommodationsstörungen	3	1	3	1	5	3	1	2	4	7	1	2	1
Schwitzen vermehrt	1	1	1	1	1	2	1	1	4	1	1	1	1
Seborrhoe	1	5	1	2	1	2	1	1	4	1	1	1	1
Miktionsstörungen	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1
Menstruationsstörungen	4	1	1	2	1	2	4	2	1	1	1	1	1
Weitere Störungen													
Kopfdruck	3	1	1	1	3	2	4	2	4	7	1	2	1
Rückenbeschwerden	4	1	1	1	1	1	1	2	1	7	1	2	1
Schweregefühl i. d. Beinen	1	1	1	1	1	1	1	1	8	13	1	2	1
Konversionssymptome	1	5	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1
Neurologische Störungen													
Rigor	4	11	7	2	5	6	4	6	8	1	20	7	1
Tremor	3	1	3	1	10	4	1	4	4	7	1	4	1
Dyskinesien	1	1	1	1	5	2	8	4	4	7	1	4	1
Hypokinesien	1	11	4	1	5	3	8	4	4	7	20	4	1
Akathisie	5	1	1	1	1	3	4	2	12	1	1	1	1
Cerebrale Krampfanfälle				2	1	1	1	2	1	1	1	1	1

S y n d r o m		Ausprägung												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Aufnahme	Durchschnittlicher Syndromkennwert	2,47	7,83	12,5	11,2	6,76	8,77	8,12	9,4	11,7	11,7	8,0	11,3	6,6
	1 paranoid- halluz. S.	7,64	4,61	3,3	5,9	2,90	6,45	3,52	4,7	3,5	5,6	4,0	4,2	5,3
	2 depressives Synd.	1,72	0,50	0,6	1,3	1,17	0,95	0,76	0,9	0,5	1,6	0,4	0,8	0,3
	3 psychoorganisches S.	1,82	2,16	2,8	4,0	1,64	5,50	1,64	3,7	1,9	1,3	1,6	1,7	2,5
	4 manisches Synd.	2,76	5,11	5,3	5,7	4,33	5,33	5,52	5,3	5,7	4,2	6,6	5,3	3,7
	5 Hostilitätssyndrom	1,70	0,27	0,7	0,5	0,17	0,40	0,80	0,5	0,7	1,7	0,0	1,0	0,9
	6 vegetatives Synd.	3,69	8,16	5,6	2,7	9,00	2,98	5,96	5,0	4,6	4,1	3,4	4,3	3,0
Entlassung	1 paranoid- halluz. S.	2,47	1,38	4,3	0,8	3,74	0,38	2,56	2,2	5,0	3,0	3,8	5,0	1,5
	2 depressives Synd.	7,64	1,33	0,9	1,6	1,02	1,04	0,88	1,1	0,8	1,1	2,6	1,1	1,3
	3 psychoorganisches S.	1,72	0,05	0,2	0,1	0,79	0,15	0,48	0,3	0,1	1,1	0,4	0,5	0,0
	4 manisches Synd.	1,82	0,22	0,8	0,8	0,89	0,81	0,32	0,9	0,8	0,4	0,4	0,6	0,2
	5 Hostilitätssyndrom	2,76	1,66	2,4	1,4	2,87	1,00	2,68	2,0	3,7	2,0	4,4	3,2	1,5
	6 vegetatives Synd.	1,70	0,00	0,1	0,2	0,00	0,07	0,24	0,1	0,5	1,0	0,0	0,6	0,2
	7 apatisches Synd.	3,69	4,98	5,61	4,0	1,1	6,41	0,96	3,56	3,2	2,4	2,5	2,8	1,7

Angabe in % der Fälle

Krankheitsdauer seit Erst- manifestation in Jahren	Angabe in % der Fälle												
	Hebephrene Schizophrenie	Katatone Schizophrenie	Paranoide Schizophrenie	Schizophrene Episode	Schizophrene Rest- u. Defekt- zustände	Schizoaffective Psychose	Andere Schizof. nicht näher be- zeich. Schizof.	Schizophrene Psychosen	Einfache para- noide Psychose Paranoia	Paraphrenie	Induzierte Psy. and. para. Synd. nicht näher be- zeichnete Synd.	Paranoide Psychosen	Andere nicht organische Psychosen
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
0	4	11	3	56	-	7	4	11	4	7	-	4	33
1	19	11	18	29	-	6	4	13	27	26	20	24	25
2	11	11	9	9	-	12	36	11	4	13	40	10	17
3	15	-	1	2	8	7	24	8	4	7	-	4	17
4	9	6	4	-	-	16	4	8	15	13	-	12	-
5 - 9	24	22	29	2	26	33	12	26	38	20	-	17	8
10 - 14	16	22	15	-	26	11	4	13	15	13	-	12	-
15- 19	1	17	9	2	18	5	-	5	4	13	-	6	-
20 und länger	1	-	6	10	24	5	12	7	4	-	20	4	-

Lebenslauf

Name: Margit Waltraud Weinschenk-Wolf
geb. Weinschenk

Geburtsdatum: 22.09. 1958

Geburtsort: Grafenau; Kreis Freyung - Grafenau

Eltern: Vater: Franz Weinschenk, Beamter
Mutter: Helene Weinschenk, geb. Kreillinger
Angestellte

Familienstand: verheiratet

Schulausbildung: 1964 - 1969 : Volksschule Grafenau
1969 - 1973 : Gymnasium Grafenau
1973 - 1978 : Comenius-Gymnasium
Deggendorf

Schulabschluß: Allgemeine Hochschulreife

Studium: 1978 - 1980 : Universität Regensburg
Dipl.- Biologie
1980 - 1986 : Universität München (LMU)
Humanmedizin

Beschäftigung: seit Januar 1987 in der Psychiatrischen
Abteilung des KKH - Lüdenscheid

